



3 1761 11970299 1

















Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119702991>







28  
39

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Tuesday, October 21, 1986  
Thursday, October 30, 1986  
Tuesday, November 4, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le mardi 21 octobre 1986  
Le jeudi 30 octobre 1986  
Le mardi 4 novembre 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing  
Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent  
de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

RESPECTING:

Organization Meeting

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2)  
relating to the mandate of the Department of National  
Health and Welfare with regard to the health food  
industry

CONCERNANT:

Réunion d'organisation

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé  
nationale et du Bien-être social relativement à l'industrie  
des aliments naturels

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

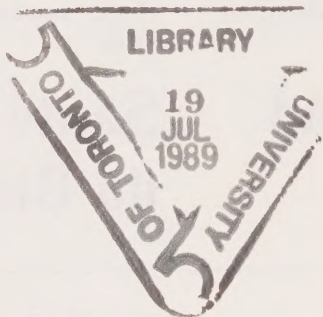
MEMBRES

Douglas C. Frith  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, OCTOBER 21, 1986

(1)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9: 10 o'clock a.m., this day, for the purpose of organization.

*Members of the Committee present:* Douglas C. Frith, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy and Barry Turner.

The Clerk presided over the election of the Chairman of the Committee.

On motion of Moe Mantha, seconded by Douglas Frith, it was agreed,—That Bruce Halliday do take the Chair of this Committee.

The Chairman took the Chair.

On motion of Douglas Frith, seconded by Moe Mantha, it was agreed,—That Barry Turner be elected Vice-Chairman of the Committee.

On Motion of Douglas Frith, seconded by Howard McCurdy, it was agreed,—That in accordance with the decisions of the Board of Internal Economy of June 4 and June 12, 1986, 100 copies of the typewritten transcript (bilingual and edited) of the Committee's Minutes of Proceedings and Evidence be printed and that the Chairman be empowered to determine the list of recipients of these copies.

On motion of Howard McCurdy, seconded by Barry Turner, it was agreed,—That the Chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when four members are present.

On motion of Barry Turner, seconded by Douglas Frith, it was agreed,—That the function of the Sub-Committee on Agenda and Procedure be fulfilled by *in camera* meetings of the full committee.

On motion of Howard McCurdy, seconded by Moe Mantha, it was agreed,—That the allocation of time for the questioning of witnesses be as follows: ten minutes to the first questioner from each Party and that thereafter, at the discretion of the Chairman, five minutes be allocated to each subsequent questioner.

On motion of Howard McCurdy, seconded by Barry Turner, it was agreed,—That, at the discretion of the Chairman, reasonable travelling and living expenses be paid to witnesses invited to appear before the Committee and that for such payment of expenses a limit of three representatives per organization be established.

By unanimous consent, it was agreed,—That transcripts of *in camera* meetings be retained by the Clerk of the Committee and that they be accessible to members of the Committee and research staff.

Barry Turner resigned as Vice-Chairman of the Committee.

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 21 OCTOBRE 1986

(1)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social tient aujourd'hui, à 9 h 10, sa séance d'organisation.

*Membres du Comité présents:* Douglas C. Frith, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner.

Le greffier préside l'élection du président du Comité.

Sur motion de Moe Mantha, appuyé par Douglas Frith, il est convenu,—Que Bruce Halliday occupe le fauteuil à titre de président du présent Comité.

Le président occupe le fauteuil.

Sur motion de Douglas Frith, appuyé par Moe Mantha, il est convenu,—Que Barry Turner soit élu vice-président du Comité.

Sur motion de Douglas Frith, appuyé par Howard McCurdy, il est convenu,—Que conformément aux décisions prises les 4 et 12 juin 1986 par le Bureau de régie interne, la transcription dactylographiée (bilingue et révisée) des Procès-verbaux et témoignages du Comité soit imprimé à 100 exemplaires: et qu'il incombe au président d'établir la liste des récipiendaires desdits exemplaires.

Sur motion de Howard McCurdy, appuyé par Barry Turner, il est convenu,—Que le président soit autorisé à tenir des réunions pour recevoir des témoignages et en permettre la publication quand quatre membres sont présents.

Sur motion de Barry Turner, appuyé par Douglas Frith, il est convenu,—Que la fonction du Sous-comité du programme et de la procédure soit remplie lors des réunions à huis clos du comité plénier.

Sur motion de Howard McCurdy, appuyé par Moe Mantha, il est convenu,—Que le temps accordé pour l'interrogation des témoins soit réparti comme il suit: Dix minutes au premier intervenant de chaque parti: puis, à la discrétion du président, cinq minutes à chaque intervenant suivant.

Sur motion de Howard McCurdy, appuyé par Barry Turner, il est convenu,—Que, à la discrétion du président, les témoins invités à comparaître devant lui soient remboursés des frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables, et ce jusqu'à concurrence de trois délégués par organisme.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le greffier du Comité conserve la transcription des séances à huis clos: et que les membres du Comité et le personnel de recherche y aient accès.

Barry Turner résigne sa fonction de vice-président du Comité.



On motion of Moe Mantha, seconded by Douglas Frith, it was agreed,—That Gilbert Chartrand be elected Vice-Chairman of the Committee.

At 9: 34 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, OCTOBER 30, 1986

(2)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9: 19 o'clock a.m., *in camera*, this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy and Barry Turner.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

At 9: 55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

TUESDAY, NOVEMBER 4, 1986

(3)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9: 08 o'clock a.m., this day, the Chairman, Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Gilbert Chartrand, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy and Barry Turner.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witness: From the Department of National Health and Welfare:* Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the health food industry.

The witness made a statement and answered questions.

At 10: 38 o'clock a.m., the Committee adjourned to the Call of the Chair.

Donald G. Reid

*Committee Clerk*

Sur motion de Moe Mantha, appuyé par Douglas Frith, il est convenu,—Que Gilbert Chartrand soit élu vice-président du Comité.

A 9 h 34, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 30 OCTOBRE 1986

(2)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit à huis clos, aujourd'hui à 9 h 19, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

A 9 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

LE MARDI 4 NOVEMBRE 1986

(3)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 08, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Gilbert Chartrand, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoin: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* Docteur A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi en ce qui a trait au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'industrie des aliments naturels.

Le témoin fait une déclaration et répond aux questions.

A 10 h 38, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Greffier de comité*

Donald G. Reid

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, October 21, 1986

• 0909

**The Clerk of the Committee:** Hon. members, I see a quorum. Pursuant to Standing Orders 90.(3), 91. and 92.(1), your first item of business is to elect a chairman. I am ready to receive motions to that effect.

**Mr. Mantha:** I nominate Mr. Halliday. I would be honoured . . . two years in a row.

**The Clerk:** It has been moved by Joe Mantha, seconded by Doug Frith, that Dr. Bruce Halliday do take the Chair of this committee as chairman. Is it your pleasure to adopt the said motion?

Motion agreed to.

**The Clerk:** I declare the motion carried and Bruce Halliday duly elected chairman of this committee and invite him to take the Chair.

**The Chairman:** Members of the committee, I thank you for the trust you have once again put in me in inviting me to be your chairman. I look forward to the same kinds of meetings and the same kind of co-operation that we had previously.

• 0910

I want to welcome you, Howard, as the new member from the NDP, and tell you how much we have enjoyed, in the past, working with your predecessor. I am sure we will enjoy the same co-operation from yourself as we have had before from Neil Young.

It looks as though the next item of business on the agenda would be the election of a vice-chairman. Do I hear any nominations for a vice-chairman?

**Mr. Frith:** I would like to nominate Barry Turner.

Motion agreed to

**The Chairman:** Congratulations, Mr. Turner.

**Mr. Turner:** It was a tough campaign, sir.

**The Chairman:** Now there are a series of motions that you are familiar with. There have been some changes in these motions with the revamping of committees.

The first motion has to do with the printing of copies of transcripts of this meeting. I would remind members—and you have probably already been made aware of the fact—that it has been recommended by the Board of Internal Economy that there be a limit of 100 copies of the typewritten transcript, bilingually edited, of the minutes of these meetings. Would somebody care to move the appropriate motion?

**Mr. Frith:** I so move.

**The Chairman:** Is there a seconder? Mr. Howard McCurdy.

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 21 octobre 1986

**Le greffier du Comité:** Mesdames et messieurs, il y a quorum. En conformité des articles 90.(3), 91 et 92.(1) du Règlement, le premier article de l'ordre du jour est l'élection du président. Je suis prêt à recevoir les motions à cet effet.

**M. Mantha:** Je propose l'élection de M. Halliday. Ce serait un honneur . . . Deux ans de suite.

**Le greffier:** Joe Mantha, appuyé par Doug Frith, propose que le docteur Bruce Halliday assume la présidence du Comité. Le Comité accepte-t-il la motion?

La motion est adoptée.

**Le greffier:** Je déclare la motion adoptée et Bruce Halliday dûment élu président du Comité. Je l'invite à prendre place et présider.

**Le président:** Chers collègues, je vous remercie de la confiance que vous m'accordez à nouveau en m'invitant à présider votre Comité. J'espère que nous aurons des réunions aussi fructueuses que par le passé et que nous pourrions continuer à compter sur la collaboration de tous.

Howard, je vous souhaite la bienvenue comme nouveau représentant du NPD et je suis sûr qu'il sera aussi agréable de travailler avec vous qu'avec votre prédécesseur Neil Young qui nous a toujours apporté une collaboration très précieuse.

Il semble que le prochain article de l'ordre du jour soit l'élection d'un vice-président. Quelqu'un veut-il proposer une candidature?

**M. Frith:** Je propose la candidature de Barry Turner.

La motion est adoptée

**Le président:** Félicitations, monsieur Turner.

**M. Turner:** La campagne fut dure.

**Le président:** Nous avons maintenant une série de motions, que vous connaissez bien, à adopter. Certaines modifications ayant été apportées dans le cadre de la réforme des comités.

La première motion porte sur l'impression d'un nombre donné d'exemplaires des procès-verbaux et témoignages. Je vous rappellerai—car vous le savez probablement déjà—que le Conseil de la régie interne a recommandé qu'on limite à 100 exemplaires la transcription dactylographiée (bilingue révisée) des procès-verbaux et témoignages de nos réunions. Quelqu'un veut-il proposer la motion voulue?

**M. Frith:** Je la propose.

**Le président:** Quelqu'un veut-il appuyer cette motion? Monsieur Howard McCurdy.



## [Text]

It reads this way, that in accordance with decisions of the Board of Internal Economy of June 4 and June 12, 1986, 100 copies of the typewritten transcript, bilingual and edited, of the committee's *Minutes of Proceedings and Evidence* be printed and that the chairman be empowered to determine the list of recipients of these copies.

Motion agreed to

**The Chairman:** I do not know whether you have any reservations about that. I know some of the committees have made and may be making representations this week. But we could start off with this, and if we have some problems we can raise the subject at that time.

Then we need a motion, gentlemen, to hear evidence and to print without a quorum. The draft motion I would suggest to you might read that the chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when four members are present.

Moved by Howard McCurdy, seconded by Barry Turner, that the chairman be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when four members are present.

Motion agreed to

**The Chairman:** The next draft motion we should consider relates to the Subcommittee on Agenda and Procedure. As you will recall, that was traditionally an important committee when our committees were larger. Last time around, in the spring of this year, we tended to use this committee, the full committee, as the committee for agenda and procedure, which is quite legitimate. There is a draft motion proposed that the function of this Subcommittee on Agenda and Procedure be fulfilled by in camera meetings of the full committee. I would invite members to comment on that.

You will move that, Mr. Turner?

Is there a seconder? Mr. Frith.

Motion agreed to

**The Chairman:** The next item to consider is the allocation of time for the questioning of witnesses. We are inviting some discussion there at first, if you wish, and a motion.

**Mr. Frith:** Mr. Chairman, what do you mean by that? We never had that before, did we?

**The Chairman:** We did pass a motion, I am pretty sure, on this last time.

**The Clerk:** Yes.

• 0915

**The Chairman:** My feeling is that we should be fair around the whole table. If you like, I can read this motion, which we had before:

That the allocation of time for the questioning of witnesses be as follows: 10 minutes to the first questioner from each party and that thereafter, at the discretion of the chairman, five minutes be allocated to each subsequent questioner.

## [Translation]

La voici: que, conformément à la recommandation du Conseil de la régie interne en date des 4 et 12 juin 1986, 100 exemplaires de la transcription dactylographiée (bilingue et révisée) des *Procès-verbaux et témoignages* de ce Comité soient imprimés et que le président soit autorisé à en établir la liste des destinataires.

La motion est adoptée

**Le président:** Je ne sais pas si vous avez des réserves à cet égard. Certains autres comités ont déjà protesté ou vont le faire cette semaine. Nous pourrions toutefois commencer ainsi et si cela semble présenter quelque difficulté, nous pourrions revenir ultérieurement sur la question.

Nous devons maintenant adopter une motion pour entendre les témoignages et en autoriser l'impression en l'absence de quorum. Voici le texte que je vous propose: que le président soit autorisé à tenir des réunions, à recevoir des témoignages et en permettre l'impression pourvu que quatre membres soient présents.

Il est proposé par Howard McCurdy, appuyé par Barry Turner, que le président soit autorisé à tenir des réunions, pour recevoir des témoignages et en permettre l'impression pourvu que quatre membres soient présents.

La motion est adoptée

**Le président:** La motion suivante porte sur le Sous-comité du programme et de la procédure. Vous vous souviendrez que cela a toujours été un Sous-comité très important lorsque nos comités étaient plus nombreux. À la fin, au printemps dernier, nous avons plutôt utilisé ce Comité, c'est-à-dire le Comité plénier, comme Sous-comité du programme et de la procédure, ce qui est tout à fait légitime. La motion proposée est donc que la fonction du Sous-comité du programme et de la procédure soit remplacée par des séances à huis clos du Comité plénier. Je vous invite à donner votre avis.

Vous souhaitez de proposer, monsieur Turner?

Quelqu'un veut-il appuyer la motion? Monsieur Frith.

La motion est adoptée

**Le président:** Point suivant, l'interrogation des témoins. Nous pourrions, si vous voulez en discuter et proposer ensuite une motion.

**M. Frith:** Monsieur le président, que voulez-vous dire? Nous n'avons jamais rien eu de semblable, à ce que je sache?

**Le président:** Si, je crois que nous avons adopté une motion la dernière fois.

**Le greffier:** Oui.

**Le président:** L'essentiel est que nous soyons juste pour tout le monde. Si vous voulez, je vais vous lire la motion que nous avons adoptée:

Que le temps d'interrogation des témoins soit réparti de la façon suivante: dix minutes pour le premier intervenant de chaque parti, puis, à la discrétion du président, cinq minutes à chacun des autres intervenants.

[Texte]

This is a pretty fair sort of thing, I think. I like to see some flexibility if there is need for flexibility, but this is not—

**Mr. McCurdy:** I would suggest, Mr. Chairman, that this be our rule, but that in the meantime we be as laid back as possible and go with the flow.

**The Chairman:** Yes. Would you care to move this, Mr. McCurdy?

**Mr. McCurdy:** Yes, I so move.

**The Chairman:** It has been moved by Mr. McCurdy and seconded by Mr. Mantha that the allocation of time for the questioning of witnesses be as follows: 10 minutes to the first questioner for each party and thereafter, at the discretion of the chairman, five minutes to each subsequent questioner.

Motion agreed to.

**The Chairman:** Next would be the witness expenses. The draft motion reads this way:

That, at the discretion of the chairman, reasonable travelling and living expenses be paid to witnesses invited to appear before the committee and that for such payment of expenses a limit of three representatives per organization be established.

That is the traditional sort of motion, I think.

**Mr. McCurdy:** I so move.

Motion agreed to.

**The Chairman:** Next—and this may be a new one—is a draft motion on the subject of the disposal of transcripts from in camera meetings. The suggestion we have before us is that the committee clerk be authorized to circulate transcripts from in camera meetings to all members of the committee and the research staff.

Is there any discussion? Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Does that mean “disposal” of transcripts?

**Mr. McCurdy:** I thought we would incinerate them and spread them on a big body of water.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** To me, that word is different from “distribution” of transcripts. I am a little confused as to what number 9 actually means.

**The Chairman:** I guess “distribution” would be a more precise word.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I would think there is a significant difference.

**The Chairman:** Yes. Gentlemen, we have the option of having these minutes destroyed at some time if we wish, but I guess that could be handled on an ad hoc basis. If something is going on that we do not want to have kept, we can analyse it at the time.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** In camera is essentially in camera, and I think there are some definite down sides, particularly to witnesses who might be intimidated if they feel

[Traduction]

Je crois que c'est juste. Il faut rester suffisamment souples, mais ce n'est pas . . .

**M. McCurdy:** Je suggère que ce soit en effet la règle mais que dans la mesure du possible nous ne soyons pas trop stricts là-dessus pour permettre les échanges nécessaires.

**Le président:** Certainement. Voulez-vous alors proposer la motion, monsieur McCurdy?

**M. McCurdy:** Certainement.

**Le président:** M. McCurdy, appuyé par M. Mantha, propose que le temps d'interrogation des témoins soit réparti de la façon suivante: dix minutes pour le premier intervenant de chaque parti puis, à la discrétion du président, cinq minutes pour chaque autre intervenant.

La motion est adoptée.

**Le président:** Nous passons ensuite aux dépenses des témoins. Voici le texte de motion proposé:

Que, à la discrétion du président, les témoins invités à se présenter devant le Comité soient remboursés de leurs frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables, et ce jusqu'à concurrence de trois délégués par organisme.

Je crois que c'est la motion que l'on propose traditionnellement.

**M. McCurdy:** Je la propose.

La motion est adoptée.

**Le président:** Ensuite—et c'est peut-être nouveau—une motion sur la distribution des transcriptions des délibérations à huis clos. Il nous est ainsi suggéré que le greffier du Comité soit autorisé à communiquer la transcription des délibérations à huis clos à tous les membres du Comité ainsi qu'au personnel de recherche.

Discussion? Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Est-ce ce que signifie le terme «Disposal» en anglais?

**M. McCurdy:** Je croyais qu'il s'agissait de brûler ces transcriptions et d'en répandre les cendres au dessus d'une grande masse d'eau.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je crois que le terme plus exact serait «Distribution». Je ne comprends pas très bien ce que veut dire exactement le numéro 9.

**Le président:** Je suppose qu'en effet «Distribution» serait plus précis.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** La différence est très grande.

**Le président:** En effet. Messieurs, il est certain qu'il est possible de faire détruire ces transcriptions, si nous le souhaitons, mais c'est une chose que nous pouvons décider au fur et à mesure. S'il y a quelque chose que nous voulons détruire, nous pourrions revoir la question le moment venu.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** À huis clos signifie à huis clos et je crois que cela peut poser des problèmes, surtout pour les témoins qui risquent de craindre que ce qu'ils nous



[Text]

that what they might present to us in written form will be distributed and will go beyond an in camera session. I have some nervousness about that on behalf of those who might appear before us.

But I think your last words, Mr. Chairman, on the ad hoc side of it are well taken. I think we would have to agree unanimously on how we might handle it case by case, depending on the nature of the subject.

**The Chairman:** I think so, yes. I think we are all sensitive to areas in which it would be unwise to have it distributed at all.

**Mr. McCurdy:** Mr. Chairman, would it make sense to have the transcripts not distributed, but simply accessible, as a means to ensure confidentiality?

**The Chairman:** Yes, to have them accessible from the clerk.

**Mr. McCurdy:** Yes, if there is any action taken in camera, that would be subject to minutes. The minutes would be distributed, but the transcript itself would be in the hands of the clerk and accessible to members should they wish to review the contents.

**The Chairman:** It might make the discussion freer in those in camera sessions if that were the way it was rigged up.

I guess we should revise this motion to have it read that the clerk of the committee be authorized to retain transcripts from in camera meetings which could be made accessible to the committee and research staffs upon request. I think the word "accessible" should be in there.

• 0920

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It makes more sense that way.

**The Chairman:** Is there any further discussion on that? Mr. Frith, are you agreed?

**Mr. Frith:** Yes.

Motion agreed to.

**The Chairman:** It has been drawn to my attention, and I guess we got going pretty fast at the beginning of this meeting, that traditionally an attempt is made to have the vice-chairman of committees of this sort... particularly when there is such a large government majority. In other words, although we duly elected Mr. Turner, it has been suggested that Mr. Chartrand, as a member of this committee, might have been the more appropriate choice. What is the wish of the committee?

Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, if I may, I was very honoured that my colleague from Sudbury would put my name forward so quickly and then have it passed so unanimously. But in the spirit of agreeing with your interpretation on the bilingual aspect, I will withdraw myself.

[Translation]

présentent par écrit pourra être distribué et donc dépasser les limites d'une séance à huis clos. Cela me semble dangereux pour ceux qui accepteront de comparaître devant nous.

Toutefois, vous avez raison, monsieur le président, il faudra revoir la question au fur et à mesure. Nous devons convenir à l'unanimité de ce que nous voulons faire dans chaque cas, selon la nature de la question traitée.

**Le président:** Je suis bien d'accord. Nous savons tous qu'il y a des domaines dans lesquels il ne serait pas très sage de communiquer à qui que ce soit des renseignements.

**M. McCurdy:** Monsieur le président, pourrait-on envisager que ces transcriptions ne soient pas distribuées mais simplement disponibles afin d'en assurer le caractère confidentiel?

**Le président:** Oui, le greffier pourrait les tenir à votre disposition.

**M. McCurdy:** C'est cela, lorsque l'on décide de quelque chose à huis clos qui pourrait être consigné au procès-verbal. Le procès-verbal serait distribué mais la transcription elle-même serait conservée par le greffier qui pourrait la communiquer aux membres du Comité qui en feraient la demande.

**Le président:** Un tel système pourrait en effet permettre une discussion plus libre à huis clos.

Peut-être pourrions-nous alors modifier cette motion qui stipulerait maintenant que le greffier du Comité soit autorisé à conserver la transcription des délibérations à huis clos afin de la mettre à la disposition du Comité et du personnel de recherche au cas où ils en feraient la demande. L'expression «à la disposition» me semble importante.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Cela semble plus logique.

**Le président:** Quelqu'un veut-il ajouter quelque chose? Monsieur Frith, êtes-vous d'accord?

**M. Frith:** Oui.

La motion est adoptée.

**Le président:** Je reconnais que nous avons été assez vite au début de la réunion, mais on vient de me signaler que traditionnellement, les comités de ce genre essayaient d'avoir un vice-président de l'autre langue officielle. Surtout lorsque la majorité est aussi nombreuse. Autrement dit, bien que nous ayons dûment élu M. Turner, il semble que M. Chartrand qui fait également partie du Comité, aurait peut-être été plus approprié. Que veut faire le Comité?

Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur le président, j'étais très honoré que mon collègue de Sudbury ait présenté ma candidature si vite et que sa proposition ait été adoptée à l'unanimité mais je ne vois aucun inconvénient à céder la place car je conviens qu'il faut respecter le caractère bilingue du Comité.

[Texte]

**Mr. McCurdy:** Is this a resignation?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** This is a resignation, Howard, unfortunately, as vice-chairman. If I can have unanimous consent to do that, that office will then be open to another election.

**The Chairman:** I guess the proper procedure would be to get unanimous consent of those of us here to withdraw that motion. Is that agreed?

Motion withdrawn.

**Mr. Mantha:** I nominate Mr. Chartrand.

**The Chairman:** Mr. Chartrand has been nominated by Mr. Mantha, and it has been seconded by Mr. Frith.

Motion agreed to.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I may have . . . on that, but after second thought, I will agree.

**The Chairman:** The last substantive item on the agenda is future business of the committee.

Doug will recall, as perhaps colleagues on my side will recall, that we discussed at the end of last year the possibility of getting into a study for this coming year of the costs that are being incurred in the health system and methods of funding it, and so on. That would be perhaps the major concern for us in this coming year.

During the summer we had the use of two researchers, Mildred Morton and Garth McNaughton, from the Library of Parliament who have spent some time looking at what they think might be some of the issues that could be studied in that general area of concern. I think you are having handed out to you now the presentation they prepared during the summer.

I guess we should come to some agreement now, as a new committee, as to what we want to do. That is certainly one subject to consider.

Dr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** Was the [Inaudible—Editor] as constructive as that? I should have thought that—

**The Chairman:** I think we saw this as a rather general subject, because it is a vast subject this study of health care costs and how they are going to be funded, and so on.

We have had some representations made to us, one in particular by the Association of Hospital Administrators of Ontario who became alerted to a very major problem which I think is just the first of many to come. This one is the problem of radial opaque dyes for intravenous X-ray techniques. The dye, for instance, that has been traditionally used in this country for many, many years—I forget whether it is the anionic or the ionic one—is subject to a lot of reactions, including sudden death. There is a new dye out which is the opposite; it is either ionic or anionic. It is very rare to have any undesirable side effects from it, but the catch is that it costs 10 times as much and the Government of Ontario and most of the hospitals are refusing to supply it.

[Traduction]

**M. McCurdy:** S'agit-il là d'une démission?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, Howard, malheureusement. Si je puis avoir le consentement unanime du Comité, nous pourrions procéder à une autre élection au poste de vice-président.

**Le président:** Je suppose qu'il faut le consentement unanime des membres du Comité qui sont ici présents pour retirer cette motion. Est-ce d'accord?

La motion est retirée.

**M. Mantha:** Je propose la candidature de M. Chartrand.

**Le président:** M. Mantha a proposé la candidature de M. Chartrand qui a été appuyée par M. Frith.

La motion est adoptée.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'aurais pu m'y opposer mais, à la réflexion, je suis également favorable à la motion.

**Le président:** Le dernier point important de l'ordre du jour sont les travaux futurs du Comité.

Doug se souviendra, comme peut-être d'autres collègues de notre Parti, que nous avons discuté à la fin de l'année dernière de la possibilité d'entreprendre cette année une étude des coûts du régime de santé publique et des méthodes de financement de ce régime, etc. Ce sera probablement pour nous le sujet le plus important pour cette année.

Au cours de l'été, deux documentalistes, Mildred Morton et Garth McNaughton, de la Bibliothèque du Parlement, ont examiné les questions que nous pourrions étudier dans ce contexte général. On est en train de vous distribuer le rapport qu'ils ont préparé au cours de l'été.

Il nous faudrait maintenant parvenir à nous mettre d'accord, à titre de nouveau Comité, sur ce que nous voulons faire. C'est certainement là en tout cas un sujet à étudier.

Monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** Le [Inaudible—Éditeur] était-il aussi constructif que cela? J'aurais pensé que . . .

**Le président:** Nous avons considéré qu'il s'agissait là d'un sujet assez général parce que les coûts de la santé publique et la façon dont on peut les financer comportent beaucoup d'aspects différents.

Nous avons reçu certaines instances dont en particulier celle de l'Association des administrateurs d'hôpitaux de l'Ontario qui a été saisie d'un très gros problème qui risque de se répéter à grande échelle. Il s'agit des colorants opaques au rayon-x pour les radiographies des vaisseaux. Par exemple, le colorant que l'on utilise depuis de très nombreuses années au Canada—je ne sais plus s'il est anionique ou ionique—peut provoquer de très nombreuses réactions, dont la mort subite. Un nouveau colorant est sorti, qui est l'opposé, soit ionique soit anionique. Les effets secondaires indésirables sont très rares mais le problème est qu'il coûte 10 fois plus cher et que le gouvernement ontarien ainsi que la plupart des hôpitaux refusent de l'acheter.



## [Text]

I feel very strongly myself, for instance, that if I have some intravenous angiography done, I want to have one I am not going to die from. So we have a problem. And across the country this is millions of dollars.

• 0925

**Mr. McCurdy:** Yes, I understand that. But with all due respect, it becomes even more narrowly constructed when you describe that particular situation—

**The Chairman:** That is one example.

**Mr. McCurdy:** —because this is a problem in general of high technology costs for science and health.

I wonder whether there is not a broader approach to that. Perhaps not only economy of delivery but reform of delivery as a whole—

**The Chairman:** That is all part of it.

**Mr. McCurdy:** —assuming costs and limiting these, as well as restructuring for, in some respects, improvement. Is this what we are saying?

**The Chairman:** Yes. I think we are looking at all aspects of the health system as it relates to costs, and that is certainly one. Part of our terms of reference for this study is to see whether the delivery can be done in a cheaper, more effective and more efficient manner.

Are there any other comments on this? Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** In my quick review of the material from the committee, it was indicated that there would be major topics for consideration as well as particular subjects for examination.

Is that a reflection of what—

**The Chairman:** I think what I am suggesting is that health care costs and funding are extremely major topics. There are so many divisions and subdivisions of it that we have to look at—

**Mr. McCurdy:** We may be some weeks before we are even in a position to know where we are going on that.

**The Chairman:** I think that will take a little while. Our two researchers, who are both here today, Mildred and Garth, have been thinking about it all summer and have put together some of their thoughts on it. So we are not without some bit of a start. But the committee itself has not had much time to think about it and I think that has to be provided for.

Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, if I may add, based on what Mr. McCurdy just said, we are not really sure exactly what the committee is going to be dealing with from the House in the next three, four, five or six weeks. I have not had a chance to read through these research documents and would like to get a better sense of what is in here. I do not

## [Translation]

Personnellement, si, par exemple, je dois subir une angiographie intraveineuse, je ne veux pas en mourir. Cela pose donc un problème. Et à l'échelle du pays, cela représente des millions de dollars.

**M. McCurdy:** En effet, je comprends. Mais cela représente un problème encore plus étroit lorsque vous décrivez cette situation très particulière...

**Le président:** Ce n'est qu'un exemple.

**M. McCurdy:** ... parce que le problème général est celui des coûts de la technologie de pointe pour la science et la santé.

Je me demande si on ne pourrait pas envisager cela dans un contexte plus large. Peut-être pas seulement l'économie des services mais une réforme de l'ensemble des services...

**Le président:** Tout cela en fait partie.

**M. McCurdy:** ... considérer les coûts et les limiter, restructurer, à certains égards, améliorer. Est-ce ce dont il est question?

**Le président:** Oui. Il faut considérer tous les aspects de la santé publique et de ses coûts. Cela en est certainement un. Une partie de notre étude devra porter sur l'aspect économique des services offerts. Nous devons nous demander s'ils ne pourraient pas être offerts de façon plus efficace et plus rentable.

Y a-t-il d'autres commentaires à ce sujet? Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Après avoir jeté un rapide coup d'oeil au document en question, je constate que l'on parle de grands sujets d'étude ainsi que de sujets plus particuliers.

Cela reflète-t-il...

**Le président:** Les coûts et le financement de la santé publique sont des sujets extrêmement importants. Il y a tellement d'aspects différents à examiner que...

**M. McCurdy:** Il nous faudra peut-être plusieurs semaines avant de savoir à peu près ce que nous voulons faire.

**Le président:** Je crois que cela prendra en effet un certain temps. Nos deux documentalistes Mildred et Garth, qui sont là aujourd'hui, y ont réfléchi tout l'été et ont préparé un petit rapport à ce sujet. Nous avons donc quelque chose en main. Par contre, évidemment, le Comité n'a pas eu tellement le temps d'y réfléchir et je crois qu'il faudra nous donner le temps de le faire.

Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Après ce que vient de dire M. McCurdy, il semble que nous ne soyons pas certains des travaux qui seront confiés par la Chambre au Comité dans les trois, quatre, cinq ou six prochaines semaines. Je n'ai pas lu tous ces documents et j'aimerais prendre le temps de le faire. Je ne voudrais pas que l'on décide trop vite d'un sujet à étudier pour les quatre ou cinq prochaines semaines.

*[Texte]*

want to rush into what I think we should be focusing on in terms of a general topic for the next four or five weeks.

Perhaps in a week or 10 days we could have a brief meeting again to just talk about where we think we should be going, perhaps get a sense of what legislation might be evolving. Then we would not be off in a completely opposite direction from where the House might be wanting to go.

I appreciate the importance of the cost of health care; it is vital. But I would not want us to be dwelling too heavily on this and then have to divert to something else within a few weeks' time.

**The Chairman:** Do you have an inkling of the area that the House is going to be directing us towards?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** No, I do not.

**The Chairman:** I do not either. Does anybody?

Mr. Frith.

**Mr. Frith:** Mr. Chairman, I agree with what has been said. I think we should have some time to reflect on the documents that has been distributed this morning. But I just wanted to mention to Howard that, when we originally went through the Canada Health Act—I guess it is almost three years now—the intent was that a committee in the future would study what they call phase two of the Canada Health Act. We only focused on extra-billing at the time—frankly, it is 3¢ on the health dollar.

A lot of the groups that appeared before the committee at that time said, if you are just going to have a narrow focus such as extra-billing you are not really doing a service to the debate. This led us, in the spring of this year, to suggest that maybe what we should be studying is phase two of the Canada Health Act, which would be a more in-depth study of the demographic changes, the impact it would have. I think it is a worthwhile pursuit.

I think we should take time to read it and maybe either expand on it or focus on it in a different way. Of course, this will depend on how the committee wants to look at it.

• 0930

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right.

**Mr. McCurdy:** I have no dissent at all from that approach. I suppose my basic question is whether within that context we will have the time or the inclination to consider particular issues that arise from time to time. I suppose each of us has gotten letters on potential changes in, say, methadone distribution, licensing by the federal government, AIDS education, funding and that sort of thing—small items that will come up from time to time. Are we going to be inclined, when necessary, to entertain some deliberations on smaller subjects?

**The Chairman:** We now have the authority to do that as a committee. If the committee agrees to do that, then we can do

*[Traduction]*

Peut-être que d'ici une semaine ou dix jours nous pourrions à nouveau tenir une brève réunion pour discuter de ce que nous voulons faire et savoir peut-être un peu mieux quels textes législatifs nous pouvons attendre. Cela nous permettrait alors de ne pas nous lancer dans une direction complètement opposée à celle que voudrait nous voir prendre la Chambre.

Je comprends que le coût de la santé publique est un sujet très important mais je ne voudrais pas que nous insistions trop lourdement là-dessus s'il nous faut d'ici quelques semaines changer complètement d'orientation.

**Le président:** Avez-vous une idée quelconque de ce que la Chambre nous réserve?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Non, pas du tout.

**Le président:** Moi non plus. Quelqu'un a-t-il une idée?

Monsieur Frith.

**M. Frith:** Je suis tout à fait d'accord sur ce que l'on vient de dire. Il nous faut un peu de temps pour réfléchir aux documents qui nous ont été distribués ce matin. Je signalerais simplement à Howard que lorsque nous avons tout d'abord étudié la Loi canadienne sur la santé—je suppose que cela fait maintenant près de trois ans—l'intention était qu'à l'avenir un comité étudie ce que l'on appelle la phase II de cette loi. Nous nous étions alors penchés que sur la surfacturation alors que ce n'est qu'un petit élément du facteur coût.

Beaucoup de groupes qui avaient comparu devant le Comité nous avaient déclaré qu'en nous en tenant qu'à la surfacturation, nous limitions considérablement le débat. C'est ainsi qu'au printemps dernier, nous avions déclaré qu'il serait peut-être temps d'étudier la Phase II de la Loi sur la santé, passer à une étude plus en profondeur de l'évolution démographique et de son incidence. Je crois que ce serait en effet intéressant.

Prenons donc le temps de lire ces documents et voyons si nous voulons reprendre cette étude ou l'envisager différemment. Tout dépend évidemment de la façon dont le Comité veut considérer la chose.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** En effet.

**M. McCurdy:** Je ne m'y oppose pas du tout. Je me demande simplement si dans ce contexte nous aurons le temps ou l'envie d'examiner des sujets particuliers qui pourront se présenter au fur et à mesure. Je suppose que nous recevons tous des lettres au sujet de changements possibles concernant la distribution de la métadone, les permis accordés par le gouvernement fédéral, l'éducation à prévoir au sujet du SIDA, le financement, etc.—bref, le genre de questions qui reviennent de temps à autre. Seriez-vous prêts à délibérer, le cas échéant, de sujets plus limités?

**Le président:** Le Comité en a maintenant le pouvoir. Si le Comité est d'accord, c'est tout à fait possible. C'est le genre de décisions que nous devons prendre.



*[Text]*

it. I think we would want to consider those items as a committee and decide.

We will still have chances to question the Minister on specific items of that sort too, from time to time.

Any other discussion?

I get the sense that the committee would like to have a chance to review this document from our researchers and perhaps meet again in a week or 10 days—

**An hon. member:** Put it on hold for a while.

**The Chairman:**—and at that time come to a more definitive position as to where we want to go exactly.

Any other new business or other business?

Mr. Frith.

**Mr. Frith:** I just have one. I do not want to have a long discussion on it, but in the spring we had the health food industry before the committee and we had suggested that they have the summer to work out some of their differences with the Health Protection Branch and then come back. I do not know about your volume of mail, but to me it does not seem to have improved.

Can you perhaps talk with Dr. Liston and arrange a follow-up meeting?—because we basically promised the industry that there would be a follow-up to it.

**The Chairman:** Are you suggesting a meeting with Dr. Liston only, or with—

**Mr. Frith:** No. I think both should be in the room at the same time because it seems to me it is a problem that is not going to go away. I think they should both go at it in front of us so we can get it resolved.

**The Chairman:** I will make some inquiries before the next meeting and come back to you on that.

**Mr. Frith:** Thanks.

**The Chairman:** Thank you for that suggestion; it is a good one.

Any other suggestions?

I declare the meeting adjourned to the call of the Chair.

*[Translation]*

Nous pouvons toujours interroger le ministre sur ce genre de questions plus spécifiques.

Autres interventions?

J'ai donc l'impression que le Comité aimerait pouvoir étudier le document qu'on lui a préparé avant de se retrouver d'ici une semaine ou 10 jours . . .

**Une voix:** Attendons un certain temps.

**Le président:** . . . nous serons alors mieux en mesure de décider de ce que nous voulons faire.

Souhaitez-vous aborder d'autres questions?

Monsieur Frith.

**M. Frith:** Une seule. Je ne voudrais d'ailleurs pas que nous en discussions longuement mais nous avions au printemps reçu des représentants du secteur des aliments naturels et nous leur avions dit qu'ils avaient l'été pour essayer de régler leurs problèmes avec la Direction générale de la protection de la santé. Je ne sais pas ce qu'il en est pour vous, mais pour ma part je reçois toujours autant de courrier.

Peut-être pourriez-vous en parler à M. Liston afin d'organiser une autre réunion qu'en fait nous leur avions, promis.

**Le président:** Suggérez-vous que nous ayons une réunion simplement avec M. Liston?

**M. Frith:** Non. Je crois qu'il faudrait que les deux parties soient là au même moment parce qu'il me semble que c'est un problème qui ne va pas disparaître du jour au lendemain. Je trouve qu'il devrait en discuter devant nous pour que nous tâchions de résoudre le problème.

**Le président:** Je vais me renseigner avant la prochaine réunion et je vous dirai où nous en sommes.

**M. Frith:** Merci.

**Le président:** Merci de cette suggestion qui est très utile.

Autres suggestions?

La séance est levée.

Tuesday, November 4, 1986

• 0907

**The Chairman:** The Chair sees a quorum and will call the meeting to order, please.

The order of the day is the Order of Reference pursuant to Standing Order 96.(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the health food industry.

Members will recall that back in the last session of the House we had several days when the committee considered problems in the health food industry, both from the depart-

Le mardi 4 novembre 1986

**Le président:** Je vois qu'il y a quorum: je déclare donc la séance ouverte.

L'ordre du jour est l'avis de renvoi relatif à l'article 96(2) du Règlement portant sur le mandat du ministère de la Santé et du Bien-être relatif à l'industrie des aliments naturels.

Vous vous souvenez que lors de la précédente session de la Chambre des communes, le Comité a consacré plusieurs journées à examiner les problèmes de l'industrie des aliments

*[Texte]*

mental level and from the level of the food industry itself. We had witnesses at that time from the department in the person of Dr. Liston and several from the health food industry.

Members of the committee have sensed that there are still some aspects of the issue which are less than settled and it is for that reason we have with us today, as a beginning, Dr. Liston who is Assistant Deputy Minister of Health, Health Protection Branch of the Department of National Health and Welfare.

Before I ask Dr. Liston to make his presentation, I would like to inform the committee that when we realized we were going to have this meeting today our researcher, Garth McNaughton, started on Friday to do some study for us on the background for today's meeting. He has prepared a short review of the issue along with some questions that may be of use to the committee. Unfortunately, it is only in English at the present time. It has gone for translation and should be ready by Thursday. But I think with the agreement of the committee we can use it, but I do not want to impose on Mr. Chartrand unfairly if he prefers that we not use it today.

**Mr. Chartrand:** No problem.

**The Chairman:** If it is no problem with Mr. Chartrand, is the committee agreed that we can circulate this material?

**Some hon. members:** Agreed.

**The Chairman:** Mr. McNaughton tells me there will be copies available in French by Thursday. That is one of the problems of trying to get translations, I guess.

Dr. Liston, we are pleased to have you with us again. I understand you have done some work on this problem since we last saw you back in the spring. I think you perhaps wish to talk to us in that regard today. Dr. Liston will give us a short presentation, or as long as he needs to, followed by questions from the committee. Dr. Liston.

• 0910

**Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare):** Thank you, Mr. Chairman, committee members.

To recapitulate just very briefly, from the Health Protection Branch on February 28, 1986 we published an information letter in which we announced the formation of an expert advisory committee whose terms of reference were to assess the dimension of the safety concerns associated with the sale of herbs and botanical preparations as foods; and secondly, the development of categories of herbs and botanical preparations for the purpose of providing a comprehensive listing and for a range of regulatory control mechanisms. That information letter was perhaps the event initiating a regulatory study in which we were trying to develop a framework in which the health food industry could sell and distribute herbal products and botanical products in a manner that was acceptable from a health and safety point of view, in a manner that encouraged a responsible examination on the part of those who would sell

*[Traduction]*

naturels, sous l'angle de cette industrie ainsi que du ministère lui-même. Nous avons, à l'époque, entendu des témoins de ce secteur ainsi que M. Liston, du ministère de la Santé.

Nous avons toutefois eu l'impression que la question était loin d'avoir été réglée sous tous ses aspects et c'est pour cette raison que nous avons voulu d'abord demander à M. Liston, sous-ministre adjoint de la Santé, Direction de la protection de la santé du ministère Santé nationale et Bien-être, de bien vouloir comparaître aujourd'hui.

Avant de donner la parole à M. Liston, je voudrais informer le Comité qu'en préparation de cette réunion, M. Garth McNaughton, notre documentaliste, a commencé vendredi à réunir certaines informations pertinentes pour la réunion de ce jour. Il a fait le point sur le problème et il a dressé une liste de questions qui intéressera probablement les membres du Comité. Ce document n'existe malheureusement qu'en anglais à l'heure actuelle, et la traduction ne sera sans doute prête que jeudi. Si toutefois le Comité y consent, nous pourrions utiliser ce document, mais si M. Chartrand y voit une objection, nous nous en abstiendrons.

**M. Chartrand:** Je n'y vois aucune objection.

**Le président:** Puisque M. Chartrand y consent, le Comité est-il d'accord pour que ce document soit diffusé?

**Des voix:** D'accord.

**Le président:** M. McNaughton me dit que la traduction sera diffusée jeudi. Ce genre de délai est l'un des inconvénients d'avoir à faire traduire les documents.

Monsieur Liston, nous sommes heureux de vous revoir. Vous avez travaillé sur cette question depuis votre dernière comparution devant nous, au printemps dernier, et vous voulez peut-être nous faire part de ces travaux. M. Liston va nous faire un bref exposé, encore qu'il lui soit loisible de prendre tout le temps qu'il lui faudra, et les membres du Comité pourront ensuite lui poser des questions. Vous avez la parole, monsieur Liston.

**Dr A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Protection de la santé, ministère de la Santé et du Bien-Être Social):** Je vous remercie, monsieur le président et membres du Comité.

Je vous donnerai donc un bref résumé en vous rappelant que le 28 février 1986, la direction de la Protection de la Santé a publié une lettre d'information annonçant la constitution d'un comité consultatif de spécialistes dont le mandat était d'une part, d'apprécier la portée des problèmes de sécurité liés à la vente, comme aliments, d'herbes médicinales et de préparations botaniques et d'autre part, de dresser un répertoire complet de ces produits afin de mettre en place un règlement les concernant. C'est cette lettre d'information qui est probablement à l'origine d'un projet de règlement destiné à mettre en place un cadre gouvernant la vente et la distribution d'aliments naturels tout en respectant les règles de santé et de sécurité. Ce règlement vise à développer chez les distributeurs de ces produits le sens de la responsabilité, à réduire l'incertitude qui pèse sur ceux-ci et peut-être à offrir à un secteur de la



*[Text]*

and distribute, and to offer a framework in which there would be less uncertainty and perhaps an opportunity to offer to a sector of society that is interested in the use of herbs and botanical products a distribution network which would ensure that they would be available to consumers when they are proven or demonstrated to be safe and effective for whatever claims would be made for them.

I should mention that we distributed some 14,000 copies of the information letter, seeking to get as wide a response as possible. In return we got some 480 written comments, which were received from health food associations, health interest groups, consumers, health food manufacturers, retailers, medicine, pharmacy, other types of regulated practitioners, food manufacturers, and academics.

In essence, there was some difficulty in understanding some of the concepts. It was thought in the recommendations made by the expert advisory committee there would be restrictions beyond what was intended. So some of the comments were not valid in that sense; that they misunderstood. So I mention that at the outset. But the point that became most salient as we looked at these 480 responses was that there was a theme which recurred time and again, and that was freedom of choice, where those who responded to the information letter were concerned that their ability to choose would be abrogated in some way by whatever regulatory proposals might be coming out.

Having enunciated the concerns over freedom of choice, they then moved on in their response to indicate individual areas of concern; and then the responses were much more, shall I say, diffuse. It might be "I desire . . ." or "I wish to have the opportunity or the freedom to choose between conventional pharmaceutical products and health food products, and I am particularly concerned about . . ."—and it might be an herb, an amino acid; some specific product that would be their particular item of concern.

• 0915

We were interested in the Health Protection Branch trying to get a sense of what public expectations there were and what amount of information there might be with respect to herbs and botanicals so we might formulate a regulatory policy which would by and large respond to public expectations while ensuring at the same time that products regulated in this manner would be safe and effective.

I left with the clerk a summary—and I believe you perhaps have it there—of the questionnaire we initiated. This questionnaire was undertaken by the Health Protection Branch. We were looking for a national sample across all regions of Canada. We were attempting to ensure that we had fair representation of the various age groups—male, female, age, and region—and the surveys were undertaken largely in shopping centres or in what I would call general public traffic areas. The purpose of the survey was to ask and obtain information about questions of the following type.

*[Translation]*

société qui s'intéresse à la consommation des herbes médicinales et des produits botaniques un réseau de distribution assurant les consommateurs que ces produits ont fait leur preuve tant au point de vue de la sécurité que de l'authenticité des effets qu'on leur attribue.

Nous avons diffusé 14,000 exemplaires de la lettre d'information, afin d'atteindre le plus grand nombre de gens possible. Nous avons reçu 480 réponses émanant d'associations d'aliments naturels, de groupements professionnels, de consommateurs, de fabricants d'aliments de régime, de détaillants, de membres de la profession médicale et pharmaceutique, d'autres professions alliées, de fabricants de produits alimentaires et d'universitaires.

Certaines de ces réponses étaient basées sur un malentendu, la lecture des recommandations du Comité consultatif des spécialistes ayant fait présager des restrictions plus strictes que prévu. Certaines des observations n'étaient donc pas pertinentes, car elles étaient fondées sur une mauvaise interprétation des textes et c'est l'observation que je voulais faire en préambule. Mais il y a un thème qui s'est dégagé de ces 480 réponses, à savoir celui de la liberté de choix, les répondants craignant que celle-ci ne soit circonscrite par le règlement que l'on songeait à mettre en place.

Après avoir mis l'accent sur la liberté de choix, les répondants se sont attachés à mettre en valeur les appréhensions plus personnelles et les réponses ont alors fait apparaître beaucoup plus de divergences. Nous avons trouvé beaucoup de réponses du genre de «je souhaite . . . » ou «j'aimerais avoir la possibilité et la liberté de choisir entre les produits pharmaceutiques conventionnels et les produits de régime, mais je crains en particulier que . . . » et on mentionnait alors le nom d'une herbe médicinale, d'un amino acide ou de tout autre produit qui avait éveillé l'intérêt de la personne.

La Direction de la protection de la santé voulait se faire une opinion sur l'intérêt manifesté par le public pour ce genre de produit et sur ce que celui-ci savait des herbes médicinales et produits botaniques afin de nous permettre de formuler un règlement qui réponde, dans la mesure du possible, à l'attente du public tout en garantissant la sécurité et l'efficacité des produits ainsi mis en vente.

J'ai déposé auprès de la greffière un résumé du questionnaire préparé par la Direction de la protection de la santé, et je crois qu'un exemplaire vous en a été remis. Ce questionnaire a été envoyé dans toutes les provinces, et nous avons voulu également nous assurer que l'échantillon obtenu représenterait fidèlement les différentes catégories d'âge, les deux sexes et les régions. L'enquête a surtout lieu dans les centres commerciaux et dans les endroits fréquentés du grand public. L'objectif de l'enquête était d'obtenir une réponse aux questions suivantes.

*[Texte]*

The first question in our survey was "When you hear the term 'health foods', what products or things first come to your mind?" The second question was "Would you say that there is a difference between the term 'health foods' and foods recommended for a healthy diet?" The third question was "Would you say that you are a user of 'health foods' or organically grown foods or herbs for medicinal purposes?"

If they answered yes to one or all of the questions, then we asked "As a user of any of these types of products, where do you shop for them?", listing supermarket, pharmacy, general store, specialty store, open-air markets, farms, health professionals, door-to-door salespeople, and so on. So the area of consumer purchase was one of the things we thought it would be useful for us to have information on.

We then asked more specifically what type of health foods. "Do you include any of these products in your diet?", and we talked all the way from what I would call traditional foods, such as brown rice, bean sprouts, tofu, lecithin, going through into, shall we say, the newer or the less traditional types of foods, like royal jelly, single amino acid, taheebo tea, glucomannan, and dong quai. So we are looking for the spectrum of interest.

The next question was "Do you take daily vitamin and/or mineral supplements?", and it goes through multivitamins through vitamin A down to vitamin E with some of the minerals like calcium, zinc, iron and others. Again it was to try and get a sense of what use patterns there were, what information there was, where they were purchased.

"Have you ever taken a food, drink or diet supplement to cure a medical problem?" "Did your family doctor prescribe it?" "Is there anything that you try to cut down on in food and beverages?"—again sugar, salt, fat, preservatives, artificial colouring, red meats, alcohol, tea, coffee, others. It again would offer useful information, I might add, not only for the question of regulating herbs and botanicals but it does start to characterize or provide useful information for a number of initiatives we might have in the Health Protection Branch with respect to food and nutrition.

We then went through with questions like "Do you have any concerns that people who take mineral and vitamin supplements could take too much and damage their health?" "What would influence you most to purchase a new and unfamiliar food or diet supplement?" Again this is where consumers are obtaining information: a friend's enthusiasm; the opinion of the personnel in the store; claims that the product is wholesome, healthy or sound; nutritional, health or cosmetic claims; testimonials made by satisfied users or others. "Are there any foods or dietary supplements that you have heard will control or cure?" Then we listed three conditions—arthritis, cancer,

*[Traduction]*

Voici la première question qui a été posée: «lorsque vous entendez l'expression «aliments naturels» quels produits ou choses vous viennent tout d'abord à l'esprit?» Nous demandions ensuite: «selon vous, y a-t-il une différence entre les expressions «aliments naturels» et aliments recommandés pour un régime sain»? La troisième question était la suivante: «diriez-vous que vous consommez des aliments naturels, des aliments organiques ou des herbes médicinales».

Si la personne interviewée répondait oui à l'un des éléments, ou à tous les éléments de la question 3, nous posions la question suivante: «où vous procurez-vous l'un ou l'autre des trois genres de produits susmentionnés?» Et la liste des réponses possibles était la suivante: Supermarché, pharmacie, magasin général, magasin spécialisé, marché en plein air, fermes, professionnels de la santé, vendeurs à domicile etc. Nous pensions en effet utile de savoir où s'approvisionnait les consommateurs.

Nous avons alors posé des questions plus précises sur les catégories d'aliments naturels. «est-ce que votre régime comprend l'un des produits suivants», et nous dressions une liste que l'on peut dire traditionnelle le riz brun, les pousses de soja, en abordant ensuite des aliments moins connus et moins traditionnels, par exemple la gelée royale, les acides aminés particuliers, la tisane «taheebo», le glucomannan et le dong quai. Nous voulions donc nous faire une idée de la gamme des produits qui intéressaient les consommateurs.

Nous posions ensuite la question suivante: «prenez-vous quotidiennement un supplément vitaminé ou minéral? si oui, lequel?» Suit une liste allant des multivitamines aux vitamines isolées, ainsi que des minéraux comme le calcium, le zinc, le fer et d'autres. Là encore nous cherchions à établir le profil de la consommation, l'information des consommateurs et les lieux d'achat.

«Avez-vous déjà pris un aliment, une boisson ou un supplément alimentaire pour régler un problème médical?» «Est-ce que c'est votre médecin de famille qui vous l'a prescrit?» «Y a-t-il des produits dans les aliments et les boissons dont vous essayez de réduire la consommation?» et là suivait une liste de divers produits: sucre, sel, corps gras, agent de conservation, colorant artificiel, viandes rouges, alcool, thé, café, autres. L'information que nous comptions ainsi obtenir nous était utile, non seulement pour la réglementation des herbes médicinales et produits botaniques, mais pour servir également de point de départ à un certain nombre de mesures portant sur l'alimentation et la nutrition, que la Direction de la protection de la santé envisageait de prendre.

Nous posions ensuite la question suivante: «Est-ce que vous vous inquiétez du fait que les personnes qui prennent des suppléments minéraux et vitaminés puissent en prendre trop et nuire à leur santé?» «Qu'est-ce qui vous inciterait le plus à acheter un nouvel aliment ou un nouveau supplément alimentaire non connu» Nous voulions savoir ce qui amenait les consommateurs à faire leur choix: l'enthousiasme d'un ami, l'opinion du personnel du magasin, le fait que le produit était vanté comme étant sain, bon pour la santé ou sûr, qu'on le disait bon pour la nutrition, la santé ou l'apparence esthétique, les témoignages d'utilisateurs satisfaits ou tout autre facteur.



## [Text]

and depression—with the option to reply yes or no and to elaborate what was thought to be the cure if they could recall.

• 0920

“Do you associate any medical cures with these items?”—vitamin E, spirulina, taheebo tea and ginseng. “What action or recourse would you take if you felt you had been a victim of a false claim made about a food, beverage, or cosmetic product?”

We proceeded then to a question: the survey revealed that health, organic, or natural foods can cost up to twice as much in a specialty store as in a supermarket; have you found this to be true in your shopping? And we asked for comments.

“How do you feel about the use of pesticides in the production of crops for foods?” We gave options of: totally opposed, want control, or they are essential.

“Should mineral and vitamin supplements be available only by doctor’s prescription?” Yes, no, not sure. “Should promoters of health food be legislated to show proof of the claims they make about their products?” I will pause here for a moment to indicate that this was a fairly significant question in the light of the responses we were getting to the information letter, which alluded to freedom of choice.

“Have you ever taken a course in nutrition?” “Where do you get updated nutrition information?” “Did any of these questions address any concerns you might have about health foods?”

As I indicated, we had some 4,500 responses. By region, I think we had 900 responses from the Halifax region, close to 800 from Montreal, 900 from Toronto, 800 or 900 from Winnipeg, and just about 1,000 from the Vancouver area. In composition, it was about 86% English and 14% French.

The data we got from this survey suggested that in general consumers went to health foods looking for solid foods, and that would comprise grains and nuts, fruits, vegetables. For items such as a drink or a diet supplement, the number of respondents dropped down significantly. For example, only 28% indicated that they were interested in liquids and 9% were interested in diet supplements.

When we analysed the data from this survey with respect to the second, which asked whether or not there is a difference between health foods and foods for a healthy diet, 63% of those who answered said yes, there was a difference; 36% said no, there was no difference.

We looked across and analysed for various age groups. The age groups were 18 to 30, 31 to 50, 51 to 64, and then 65 on upwards. As for the difference between healthy foods and a

## [Translation]

«Y a-t-il des aliments ou des suppléments alimentaires au sujet desquels vous avez entendu dire qu’ils pouvaient enrayer ou guérir...»? Puis nous donnions trois choix: l’arthrite, le cancer et les dépressions. On pouvait répondre oui, non, et expliquer l’effet de cet aliment quand on le pouvait.

«Associez-vous des remèdes médicaux aux produits suivants?»—la vitamine E, la spirulina, la tisane «taheebo» et le ginseng. «Quelles mesures prendriez-vous si vous estimiez avoir été victime de publicité frauduleuse concernant un aliment, une boisson ou un produit cosmétique?»

Voici l’autre question: un sondage a révélé que les aliments naturels ou organiques peuvent coûter jusqu’à deux fois plus dans un magasin spécialisé que dans un supermarché. Avez-vous trouvé que c’était vrai au cours de vos emplettes? Nous demandions aux répondants de commenter.

«Que pensez-vous de l’utilisation des pesticides dans la production des récoltes alimentaires?» Le répondant pouvait choisir entre tout à fait contre, désire qu’il y ait une surveillance ou ils sont essentiels.

«Est-ce que les suppléments minéraux et vitaminiques ne devraient être obtenus que par l’intermédiaire d’une prescription de médecin?» Les réponses pouvaient être oui, non ou pas certain. «Est-ce que les promoteurs des aliments naturels devraient être obligés par la loi de prouver leurs affirmations quant aux vertus de leurs produits?» J’aimerais signaler que cette question était très importante puisque l’on faisait mention de la liberté de choix dans la lettre circulaire.

«Avez-vous déjà suivi un cours en nutrition?» «Où trouvez-vous des renseignements à jour sur la nutrition aujourd’hui?» «Est-ce que certaines des questions qu’on vous a posées sont les mêmes que celles que vous vous posez au sujet des aliments naturels?»

Comme je l’ai indiqué, nous avons eu environ 4,500 réponses dont la distribution géographique est la suivante: environ 900 réponses de la région d’Halifax, près de 800 de Montréal, 900 de Toronto, 800 ou 900 de Winnipeg et environ 1,000 de la région de Vancouver. Environ 86 p. 100 des répondants étaient anglophones et 14 p. 100 francophones.

Les données obtenues lors de ce sondage indiquent que dans l’ensemble les consommateurs se servent d’aliments naturels solides, soit des céréales et des noix, des fruits et des légumes. Ce n’est qu’un nombre très limité de répondants qui utilisent un breuvage ou un supplément alimentaire. Par exemple, seuls 28 p. 100 des répondants s’intéressent aux breuvages et 9 p. 100 aux suppléments alimentaires.

Lorsque nous avons étudié les réponses à la deuxième question, soit s’il existe une différence entre les aliments naturels et les aliments nécessaires pour un régime équilibré, 63 p. 100 des répondants ont dit qu’il existait une différence et 36 p. 100 ont dit qu’il n’en existait aucune.

Nous avons également étudié les groupes d’âge des répondants. Ces groupes étaient entre 18 et 30 ans, entre 31 et 50 ans, entre 51 et 64 ans, et ceux âgés de 65 ans et plus. Pour ce

**[Texte]**

healthy diet, if one looks at the responses, it was pretty uniformly about 63% to 65% saying, yes, there was a difference, until one got into the over-65 age group, where that percentage seemed to differ. In many of our responses there seemed to be perhaps less interest or awareness in the 65-year-old and up group of respondents to our survey.

• 0925

To the third question on use patterns with respect to either health foods or organically grown foods or herbs for medicinal purposes, for health foods, 38% of the population never used them in our survey. For organically grown foods, 66% never used them. For herbs for medicinal purposes, 82% of our respondents never used them. Again, an analysis by age group tended to suggest that there was perhaps less interest in the 65-year-old and upwards group of respondents.

When questioned about the type of shopping outlet, the rank order was, first of all, in supermarkets; second, in specialty stores which would sell bulk foods and health foods; third, open-air markets and, last, at farms.

The fifth question we surveyed, which talked about traditional foods like brown rice through to products like dong quai or taheebo tea, the percentage who never use it, for brown rice, only 53% never use brown rice. In other words, 47% did. Again, bean sprouts, 36% never use it. So there is a fair amount of experience and interest in what I would call the traditional food area. For tofu or lecithin, the percentage who never use is 80% for tofu and for lecithin, 87% never use it.

When one goes to royal jelly or amino acids, the percentage who do not use it in our survey is 94% for royal jelly; amino acids, 97% have never used amino acids. Taheebo tea, glucomannan and dong quai, products which have sometimes been associated with health claims, the percentage there was essentially 99% of the people we surveyed had never used it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** How many knew what it was? Dong quai has got me. I would like to know what that is.

**Dr. Liston:** It is a preparation that is sold and is reputed to have some therapeutic benefits. The origins of many of these products will be from other countries. Some, like taheebo tea, are reported to come from South America. Dong quai has its origins . . . I cannot recall which country it is.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The Orient.

**Dr. Liston:** It is an oriental obviously. The name gives you that indication. But it has—what should I call it?—therapeutic claims are associated with it. So I found that the information we were getting here shows there is very much a traditional perspective on the part of the consumer for interest and purchasing habits for health food products.

**[Traduction]**

qui est de la question portant sur la différence qui existe entre les aliments naturels et un régime équilibré, entre 63 et 65 p. 100 des répondants de tous les groupes d'âge disaient qu'il existait une différence; ce pourcentage était différent pour le groupe des répondants âgés de 65 ans et plus. De fait, les répondants âgés de 65 ans et plus semblent moins s'intéresser à cette question ou s'y connaître un peu moins.

Quant à la question sur la consommation des aliments naturels, des aliments organiques ou des herbes médicinales, 38 p. 100 des répondants ont dit n'avoir jamais utilisé ces produits. Soixante-six p. cent des répondants n'ont jamais utilisé des aliments organiques. Quatre-vingt-deux p. cent des répondants n'ont jamais utilisé les herbes médicinales. Encore une fois, en fonction des groupes d'âge, tout semble indiquer que les répondants âgés de 65 ans et plus s'intéressent moins à cette question.

A la question portant sur l'endroit où les consommateurs se procurent ces aliments, voici par ordre de popularité ces endroits: les super-marchés, le magasin spécialisé qui vend les produits en vrac ou des aliments naturels, le marché en plein air et enfin les fermes.

Notre cinquième question portait sur les produits utilisés, allant des produits traditionnels comme le riz brun à d'autres produits comme le dong quai ou la tisane «taheebo»; 53 p. 100 des répondants n'ont jamais utilisé le riz brun. En d'autres termes, 47 p. 100 des répondants utilisent ce produit. Trente-six p. cent des répondants n'utilisent pas les poudres de soja. D'après les réponses, nous constatons qu'il existe une certaine connaissance ou un certain intérêt en ce qui a trait à ce que j'appellerais les aliments traditionnels. Ainsi, 80 p. 100 des répondants n'ont jamais utilisé le tofu et 87 p. 100 n'ont jamais utilisé la lécithine.

De nos répondants, 94 p. 100 n'utilisent pas la gelée royale et 97 p. 100 n'ont jamais utilisé les acides aminés. Quant à la tisane «taheebo», le glucomannan et le dong quai, produits qu'on dit parfois thérapeutiques, environ 99 p. 100 des répondants n'avaient utilisé ces produits.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Combien de répondants savaient de quoi il s'agissait? Je n'avais jamais entendu parler du dong quai. J'aimerais savoir de quoi il s'agit.

**Dr. Liston:** Il s'agit d'une préparation qui est réputée avoir des effets thérapeutiques. Un bon nombre de ces produits viennent de l'étranger. Certains, comme la tisane «taheebo» viennent semblerait-il d'Amérique du Sud. Le dong quai vient . . . je n'arrive plus à me souvenir de la région.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De l'Orient.

**Dr. Liston:** C'est évident. On le voit d'après le nom. Ce produit est réputé avoir des effets thérapeutiques. Notre sondage révèle que les consommateurs et les acheteurs de produits naturels ont tendance à utiliser les produits traditionnels.



## [Text]

We then went to the sixth question in which we talked about minerals and vitamins. Of the people who were questioned, 25% had used multi-vitamins. Vitamin C was perhaps the most frequently used, moving down through until vitamin D was the least used of the traditional vitamins.

With respect to the seventh question, 76% of our respondents said they had never taken a food, a drink or a diet supplement to cure a medical problem. Of those who said yes to this question—in other words, that they had taken a food or drink to cure a problem—7% were advised by their family doctor to take this cure.

• 0930

Question 8: The responses to the questions regarding cutting down on food and beverage intakes are listed below. The greatest interest in trying to curtail dietary intake was for sugar, 50% of our respondents; fat, 38%; salt, 32%; and other—and that was a fairly broad class that we have started to pull together. It contained cholesterol, sweets, fried foods, desserts, sodas, caffeine, tea.

Again, in going across the age distribution, it was fairly uniform, with about 50% of the people who responded suggesting that whether they were in the 18-year-old bracket through to the 65-year-and-over... about half of them all expressed interest in trying to reduce their intake in one of these areas.

Question 9: "Do you have any concerns that people who take mineral and vitamin supplements could take too much and damage their health?" Some 63% overall said yes, they would have those concerns; 25% said no; 11% did not express an opinion one way or another. There did not seem to be a regional character. The same sort of response from Atlantic Canada through to Vancouver seemed to be uniformly within a few percentage points of the overall average.

Question 11: "Are there any foods or dietary supplements which you have heard will control or cure (a) arthritis (b) cancer or (c) depression?" The results we obtained suggested that for arthritis 21% of the overall respondents had heard there was a cure for arthritis. For cancer the overall percentage of respondents was also 21% that there were foods or dietary supplements that would act as a cure for cancer. For depression the percentage was overall 16%.

Again, there was some suggestion here of some variability. In Atlantic Canada the percentage of respondents who had heard there had been cures for these three conditions—by that I mean a food or dietary cure for those three conditions... In Halifax, for example, less than 20% felt they had heard of dietary supplements that would cure any of those three conditions mentioned; whereas if one goes to Vancouver, the percentage becomes a little higher. For arthritis it was 26% of the respondents; for cancer, 36%; for depression, 25%. So it indicates that there is more information suggesting to consum-

## [Translation]

La sixième question portait sur les suppléments vitaminiques et minéraux. Des répondants, 25 p. 100 ont utilisé des multi-vitamines. Des vitamines traditionnelles, la vitamine C était la plus populaire et la vitamine D la moins populaire.

Quant à la septième question, 76 p. 100 des répondants ont dit n'avoir jamais pris un aliment, une boisson ou un supplément alimentaire pour régler un problème médical. De ceux qui ont dit avoir pris un aliment ou une boisson pour régler un problème médical, 7 p. 100 l'on fait sur ordonnance de leur médecin de famille.

La question numéro 8: Vous trouverez ci-dessous la liste des réponses aux questions concernant la réduction de la consommation d'aliments et de boissons. Dans l'ordre d'importance, les répondants se sont prononcés à 50 p. 100 en faveur de la réduction de la consommation de sucre, 38 p. 100 pour le gras, 32 p. 100 pour le sel, et d'autres—c'est une liste assez générale que nous avons essayé de dresser. On y retrouvait le cholestérol, les sucreries, les aliments frits, les desserts, les boissons gazeuses, la caféine, et le thé.

Encore une fois, la distribution des âges était assez constante, c'est-à-dire que 50 p. 100 des répondants ont déclaré que peu importe leur âge—qu'ils aient 18 ans ou 65 ans et plus—ils jugeaient bon d'essayer de réduire leur consommation de certain type d'aliments.

La question numéro 9: «Est-ce que vous vous inquiétez du fait que les personnes qui prennent des suppléments minéraux et vitaminiques puissent en prendre trop et nuire à leur santé?» 63 p. 100 des répondants ont dit oui, 25 p. 100 ont dit non, et 11 p. 100 n'avaient aucune idée. Aucune caractéristique régionale n'est ressortie de cette question, en ce sens que les répondants de la région de l'Atlantique ont donné sensiblement les mêmes réponses que ceux de Vancouver à quelques points de pourcentage près.

La question numéro 11: «Y a-t-il des aliments ou des suppléments alimentaires au sujet desquels vous avez entendu dire qu'ils pouvaient enrayer ou guérir [a] l'arthrite, [b] le cancer ou [c] la dépression?» 21 p. 100 des répondants ont déclaré avoir entendu dire qu'il était possible de guérir l'arthrite. De même, 21 p. 100 des répondants ont dit croire que certains aliments ou suppléments alimentaires pouvaient guérir le cancer. Et 16 p. 100 des répondants croyaient qu'il existe une cure pour la dépression.

Encore une fois, on retrouve une certaine variabilité. Dans la région de l'Atlantique, le pourcentage de répondants qui avaient entendu dire qu'il existait des cures pour ces trois maladies—c'est-à-dire un régime alimentaire quelconque qui pouvait éliminer ces maladies... À Halifax, par exemple, moins de 20 p. 100 des répondants avaient entendu dire qu'il existe des suppléments alimentaires pouvant guérir l'une des trois maladies mentionnées. Par contre, à Vancouver, le pourcentage était un peu plus élevé, 26 p. 100 pour l'arthrite, 36 p. 100 pour le cancer et 25 p. 100 pour la dépression. Ces réponses nous indiquent que dans l'ouest du pays, les gens sont

## [Texte]

ers out West that there are dietary supplements which would assist in the cure or control of those conditions.

Question 12: "Do you associate any medical cures with these items: vitamin E, spirulina, taheebo tea, ginseng?" For vitamin E the overall response was 41% of the people surveyed thought vitamin E would cure a medical condition; whereas spirulina, much less well known . . . only 2% of those surveyed felt there was a cure associated with it. For taheebo tea it was the same percentage, 2%, across our survey. For ginseng, on the other hand, there was more information: 22% of the respondents felt there were medical cures associated with ginseng root.

• 0935

If you look at the age groups across this—call it a display of where this information resides in consumers—the 65-year-old and over group had less information, or was less likely to believe these products had medical or therapeutic properties.

It would seem that the highest percentage was in the 31 to 50 group, which I guess would correspond to fairly young, recently established, families. Their purchasing habits, we know from the past questions, are largely in supermarket areas.

Regionally, their purchasing habits are not too different. It would seem, then, this is the group where this information resides primarily.

We then asked this question: "Should mineral and vitamin supplements be available only by a doctor's prescription?" The alternatives were given, yes, no, or, not certain. The overall response: 29% thought yes, it should only be on a doctor's prescription; 63% felt that it should not be on a doctor's prescription; and 7% had no opinion.

Question 17: "Should promoters of health foods be legislated to show proof of the claims that they make about their products?" There were three possible answers in the survey: definitely, on some items, or, let the consumer decide.

The overall responses suggested that 77% were in favour of having health claims proved by the manufacture; 9% suggested only on some items, and 12% said, let the consumer decide.

I recognize that there are still some questions that we have not yet analysed. That is as far as we have got on the analysis of the survey. You will have to forgive us. We have not had an opportunity to complete this survey, as yet.

What I have is an interim report to the committee, which tends to provide an information base against which we might then examine the potential alternatives that are available for the development of a regulatory framework.

We are currently examining—we have not completed the analysis—what type of categories there might be which would

## [Traduction]

mieux informés de l'existence de suppléments alimentaires pouvant aider à guérir ou à contrôler ces maladies.

La question numéro 12: «Associez-vous des remèdes médicaux aux produits suivants: la vitamine E, la spirulina, la tisane «taheebo», le ginseng?» 41 p. 100 des répondants estimaient que la vitamine E pouvait guérir certaines maladies, tandis que seulement 2 p. 100 ont associé un remède quelconque à la spirulina, qui est beaucoup moins connue. Le pourcentage était le même dans le cas de la tisane «taheebo», tandis que 22 p. 100 associaient le ginseng à un remède quelconque.

Si l'on prend les groupes d'âge pour les réponses à cette question—pour essayer de déterminer quels consommateurs sont les mieux informés—on voit que les gens de 65 ans et plus sont moins bien informés, ou moins susceptibles de croire que ces produits ont des propriétés médicinales ou thérapeutiques.

Apparemment le pourcentage le plus élevé était celui des personnes âgées de 31 à 50 ans, qui regroupent essentiellement les familles assez jeunes et récemment fondées. D'après les questions précédentes, nous savons que ces personnes font essentiellement leurs achats dans les supermarchés.

Sur le plan régional, on n'a pas noté d'importantes divergences dans les habitudes d'achat des répondants. C'est ce qui nous a permis de conclure que le groupe des répondants de 31 à 50 ans est généralement le mieux informé.

Nous leur avons ensuite posé la question suivante: «Est-ce que les suppléments minéraux et vitaminiques ne devraient être obtenus que par l'intermédiaire d'une prescription du médecin?» Les répondants avaient le choix de dire oui, non, ou pas certain. 29 p. 100 des répondants ont répondu oui, ces suppléments ne devraient être obtenus que par l'intermédiaire d'un prescription du médecin; 63 p. 100 ont répondu non, tandis que 7 p. 100 ne savaient pas.

La question numéro 17: «Est-ce que les promoteurs des aliments naturels devraient être obligés par la loi de prouver leurs affirmations quant aux vertus de leurs produits?» Les répondants avaient le choix de répondre: certainement, pour certains produits, ou, laissez le consommateur décider.

D'après les réponses obtenues, 77 p. 100 voulaient que les fabricants prouvent leurs assertions; 9 p. 100 croyaient que ce n'était nécessaire que pour certains produits, tandis que 12 p. 100 voulaient que le consommateur puisse décider.

Je sais qu'il y a encore des questions que nous n'avons pas analysées. C'est là où nous sommes rendus dans l'évaluation des résultats de notre enquête. Vous allez devoir nous excuser, car nous n'avons pas encore eu le temps de la terminer.

Je n'ai qu'un rapport intérimaire à présenter au Comité, qui contient une base de données qui nous permettra d'examiner les choix qui s'offrent à nous pour l'élaboration d'un système de réglementation.

A l'heure actuelle, nous sommes en train d'étudier le genre de catégorie qui permettrait d'assurer la vente et la distribu-



*[Text]*

provide for the orderly sale and distribution of herbs and products of this type.

Some will be sold essentially as foods, herbs, or, in that instance—let us use the example of spices, where it is considered a food product and generally safe. There are no major difficulties with it. We would not propose to introduce any specific regulatory application to govern these products.

The products would have to meet the general provisions of foods as they are sold and distributed, but nothing more than that.

There are other classes. We are considering at this point in time a category in which herbal products might be sold as foods, but where there would have to be some form of additional labelling information so that the consumer may not consume unwise quantities.

Excessive intake could be non-beneficial. It is felt that in these circumstances perhaps there could be a category in which there was some form of label statement required, governing how much, or providing advice to the consumer on how much might be consumed in a certain period of time.

• 0940

The third category—for lack of a more precise term—that we are considering is one in which there might be recognized products, products that have had a fairly long history of use, that are perhaps not a food. They are sold more for their medicinal or therapeutic value. The claims and statements about the benefits to be derived from these might be that they are tonics or to promote well-being as opposed to perhaps a cure for some of the major diseases.

This category is one in which we would try to look for a regulatory mechanism that would allow those where there is sufficient experience to be sold in a special category, if I may use that term, so they could be available under those controlled circumstances. For those herbs about which frank claims are made that they will cure major conditions, act as a diuretic, or control body fluids, or have what I call a significant therapeutic effect, then of course, the product would be considered as a drug. If there were evidence supplied that the material was safe and effective, then it would be handled as a conventional drug.

So one has a potential gradation from essentially no special controls as a food—and it would have to meet the existing food regulations—through to the rather strict ones for major claims, with a broad category in the middle where there could be either special labelling or information to the consumer, or where there are recognized uses in the promotion of health or maintenance of health area.

We have not finalized this. Please accept that we still are looking at a number of options. One concept are trying to assess at the moment is whether we could not consider developing what we call something like a standardized product; that is, standardized in the sense that it is known, that

*[Translation]*

tion ordonnées d'herbes et de produits de ce genre, mais nous n'avons pas encore terminé notre analyse.

Certains produits seront classés dans la catégorie des aliments, d'autres dans la catégorie des herbes ou encore—si on prend l'exemple des épices, qui sont considérées comme produits alimentaires généralement sûrs. Ces catégories ne posent aucun problème important. Nous n'avons pas l'intention d'établir des règlements particuliers pour ces produits.

Ils devront répondre à certains critères généraux de vente et de distribution d'aliments, sans plus.

Mais il y a d'autres catégories. À l'heure actuelle, nous envisageons la création d'une catégorie de produits aux herbes que l'on pourrait vendre comme aliments mais avec des renseignements additionnels sur les étiquettes avertissant les consommateurs de ne pas les prendre en quantités excessives.

La consommation excessive de ces produits pourrait être néfaste. Dans ces cas, nous croyons qu'il serait nécessaire de créer une catégorie de produits dont les étiquettes renfermeraient des éléments additionnels expliquant la quantité à prendre, et conseillant les consommateurs quant au maximum qu'ils peuvent utiliser par période de temps.

La troisième catégorie—si l'on peut l'appeler ainsi—renfermerait les produits reconnus, qui sont utilisés depuis déjà assez longtemps mais qui ne sont pas nécessairement des aliments. Ce sont des produits employés plutôt pour leur valeur médicinale ou thérapeutique. Les bienfaits de ces produits peuvent tenir du fait que ce sont des toniques ou qu'ils assurent le bien-être, plutôt que d'être des remèdes pour certaines grandes maladies.

Nous cherchons à établir un mécanisme de réglementation pour cette catégorie qui permettrait la distribution sous une catégorie spéciale des produits qui sont sur le marché depuis assez longtemps et qui pourraient donc être consommés de façon contrôlée. Les herbes que l'on prétend guérir des maladies graves, les produits diurétiques ou qui contrôlent les liquides organiques ou encore qui ont un effet thérapeutique important seront, bien entendu, classés comme des médicaments. S'il y a un moyen de prouver que ces produits sont sûrs et efficaces, ils seront considérés comme des médicaments d'usage courant.

Il y a donc une gradation éventuelle allant des aliments sans contrôle spécifique—mais qui doivent tout de même être conformes aux règlements existants—aux produits faisant l'objet de contrôles assez stricts à cause d'affirmations importantes que l'on fait à leur sujet, avec une catégorie assez vaste au milieu comprenant les produits pour lesquels on donne des renseignements spécifiques au consommateur, ou les produits reconnus bénéfiques pour la santé.

Mais ce n'est pas encore définitif. Vous devez comprendre que nous sommes encore en train d'examiner toutes les possibilités. Nous envisageons la possibilité de créer une espèce de produits normalisés en ce sens que ce seraient des produits

[Texte]

the types of claims are well recognized, and that it has not caused problems.

By calling it a standardized product, there might be essentially a document that would indicate in some detail to those who would wish to sell or distribute the material the sorts of claims or advertising that would be recognized and would be permitted. So it would offer a form of framework for sale distribution by manufacturers. It would be sufficiently explicit that it would bring an element of order, so there would not be surprises for those who would wish either to sell or to distribute. It would offer an opportunity for the health food industry to work with the Health Protection Branch in the development of perhaps these monographs for standardized products.

So there is an opportunity there to try to acquire whatever information might be resident within the industry, to have it examined for acceptable sorts of claims, and to provide to the distribution networks, the retailers, that information as a standardized product so they would then recognize or appreciate what sorts of claims can be made and would be agreed upon.

• 0945

Those are some insights as to the experience we have obtained, the survey results we have acquired, and some of the thinking going on in the regulatory network or infrastructure we are proposing to develop to try to provide an orderly marketing in the herb and botanical areas.

That, Mr. Chairman, completes my initial statement.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Liston.

Before I call upon members for questions, I overlooked drawing to your attention that we have a different clerk with us today. Pat Russell was taken into the hospital, apparently, over the weekend. So standing in for Pat is Don Reid, who was part of this committee two years ago, when this Parliament first began.

I want to welcome you back, Don. We know you are familiar with our problems in this committee.

Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you for your presentation, Dr. Liston.

The breakdown of the responses on the basis of sexual... the 4,500: what is the balance of male, female?

**Dr. Liston:** It was very close to 50%. If my memory serves me correctly, it was 49%, 51%. It was essentially very close to 50:50, but I cannot recall which way it was.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** And were they selected at random?

**Dr. Liston:** Yes. It is what we call an "intercept" type of survey.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** A totally unbiased sample.

**Dr. Liston:** Yes.

[Traduction]

connus, que les assertions à leur sujet sont fondées et qu'ils n'ont causé aucun problème.

Les produits normalisés pourraient être accompagnés d'un document expliquant en détail aux distributeurs le genre d'assertions ou de publicité au sujet du produit qui seraient permises. Ce serait une espèce de guide de distribution à l'intention des fabricants. Le guide serait suffisamment détaillé pour assurer un certain ordre dans le processus afin qu'il n'y ait aucune surprise pour ceux qui voudraient vendre ou distribuer le produit. Ce serait l'occasion pour l'industrie des aliments naturels de travailler de concert avec la Direction générale de la protection de la santé pour mettre au point des monographies relatives aux produits normalisés.

Cela donne donc la possibilité aux intéressés de retenir tous les renseignements existants au sujet d'un produit, de faire vérifier les assertions et de fournir les renseignements aux réseaux de distribution et aux détaillants afin de leur permettre de connaître le genre d'affirmations au sujet d'un produit qu'ils seraient autorisés à faire.

Grâce à notre expérience et aux résultats de l'enquête ainsi qu'aux recherches dans le domaine de la réglementation, nous sommes sur le point de créer une infrastructure pour la commercialisation ordonnée des produits botaniques et des herbes.

C'était là, monsieur le président, notre déclaration préliminaire.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Liston.

Avant de passer aux questions, j'ai omis de mentionner que nous avons un nouveau greffier avec nous aujourd'hui. Pat Russell a apparemment dû être hospitalisée pendant la fin de semaine. Le remplaçant de Pat est Don Reid qui était greffier du comité il y a deux ans, au début de la nouvelle session parlementaire.

Don, bon retour parmi nous. Je sais que vous êtes au courant des problèmes de ce Comité.

Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci pour votre exposé, monsieur Liston.

Quel est le rapport hommes-femmes des quelque 4,500 répondants?

**Dr Liston:** C'était presque moitié-moitié. Si je ne m'abuse, il y avait 49 p. 100 d'hommes et 51 p. 100 de femmes. C'était presque moitié-moitié, mais je ne m'en souviens pas.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Et les répondants ont-ils été choisis au hasard?

**Dr Liston:** Oui, c'était une espèce de sondage plutôt «spontané».

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Un échantillonnage impartial, quoi.

**Dr Liston:** Exactement.



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I do not know if you can answer this, but I am curious to know how large an industry we are talking about in Canada in terms of gross volume of sales . . . and possibly if you can also indicate the number of employees who are involved in this industry.

**Dr. Liston:** I am sorry, I cannot provide information on the commercial size of the industry. That is not the type of information we are involved in, normally. The size of the drug industry, the cosmetic industry, the health food industry—that sort of information is more usually the domain of other federal departments. We in the Health department do not focus on that aspect of it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I suppose Statistics Canada could provide it.

**Dr. Liston:** Consumer and Corporate Affairs might also have a dimension on it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I am trying to get a handle on what we are really dealing with here in terms of people directly involved as employees. I do not suppose you would know, then, the breakdown of the percentage of health foods manufactured and produced in Canada as opposed to those which are imported. Again I guess Consumer or Statistics Canada would have those numbers.

**Dr. Liston:** I would expect Statistics Canada would be able to provide some helpful information. I know there is a significant amount . . . a large amount of it is imported into Canada. I am afraid I cannot put a percentage figure on it for you.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** To come to the issue itself here, I guess one of the issues you have to contend with is the question of the definition of what is a drug. The industry is complaining that some of the products they have are not drugs, they are food supplements. Where are you in coming to grips with that frustration the industry faces, and the Health Protection Branch, in terms of the definition factor?

**Dr. Liston:** I think the terms or the definitions within the Food and Drugs Act are fairly clear: any product that is sold, promoted, distributed, etc., or that has claims to modify a physiological response, to cure, treat, mitigate medical conditions . . . It is a very broad definition. It certainly encompasses this area of botanical products if they make medical claims. If they say it is useful for treating some form of condition, then, by definition under the act, it would definitely be considered as a drug.

• 0950

What has been largely the contention is that there should be some niche or some area where the full force of the drug regulations would not perhaps be required in a product whose claims were largely of the type, let us say, to promote health and well-being.

Part of the difficulty as well is that this is an industry where there is no patent protection, as it were. In the conventional drug area, if a manufacturer invents a new product he obtains

[Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je ne sais pas si vous saurez me répondre, mais je serais curieux de savoir l'ampleur de l'industrie au Canada en termes de volume brut des ventes . . . Je voudrais aussi savoir si vous connaissez le nombre d'employés de cette industrie.

**Dr. Liston:** Je regrette, mais je n'ai pas de renseignements sur l'aspect commercial de l'industrie. Nous ne nous intéressons pas généralement à ce genre de renseignements. Ce genre d'informations—l'ampleur de l'industrie pharmaceutique, de l'industrie des cosmétiques, de l'industrie des aliments naturels—relève d'autres ministères fédéraux. Le ministère de la Santé ne s'occupe pas de ce genre de questions.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'imagine que Statistique Canada pourrait nous donner la réponse.

**Dr. Liston:** Peut-être aussi le ministère de la Consommation et des Corporations.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'essaie d'avoir une idée du nombre de personnes employées directement par ce secteur. Je suppose alors que vous ne connaîtrez pas non plus le pourcentage d'aliments naturels produits au Canada par opposition aux aliments naturels importés. Ce serait encore le ministère de la Consommation et des Corporations ou Statistique Canada qui auraient les réponses.

**Dr. Liston:** J'ai l'impression que Statistique Canada pourrait vous fournir des données utiles à ce sujet. Je sais qu'une bonne proportion des aliments naturels sont importés au Canada. Malheureusement, je ne pourrais pas vous donner de pourcentage.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Parlons maintenant du sujet de votre exposé. Un des problèmes auxquels vous devez faire face doit être celui de la définition d'un médicament. Les représentants de l'industrie se plaignent que certains produits ne sont pas des médicaments mais plutôt des suppléments alimentaires. Que faites-vous pour essayer de pallier à la frustration de l'industrie et de la Direction générale de la protection de la santé au chapitre des définitions?

**Dr. Liston:** Les définitions fournies dans la Loi des aliments et drogues sont assez claires. Tout produit vendu, annoncé, distribué, etc., tout produit que l'on prétend modifier une réaction physiologique, que l'on prétend guérir, traiter ou réduire certains états . . . C'est une définition très large. Elle englobe certainement les produits botaniques que l'on dit avoir des propriétés médicinales. Si l'on dit que le produit peut servir à traiter un état quelconque, par définition, il est nécessairement considéré comme un médicament aux termes de la loi.

Ce qu'on semble dire, essentiellement, c'est qu'il faudrait prévoir une disposition d'exception pour soustraire à l'application du règlement les produits destinés, selon la prétention des fabricants, à promouvoir la santé et le bien-être.

Le problème tient aussi en partie au fait qu'il n'y a pas de protection des brevets dans cette industrie. Dans le domaine des médicaments conventionnels, un manufacturier qui invente

*[Texte]*

patent protection and can recoup his investment in it as he makes profit when he sells and distributes it. Therefore that manufacturer is prepared to invest in research and carry out the necessary work to prove its safety and effectiveness. In this area there are no patents that would govern botanical products and therefore there is a difficulty for any of the manufacturers to undertake any sort of work to prove claims they would wish to make because if the work is undertaken by one it might be used by many. So it is a circumstance that is less conducive to investment to prove safety and efficacy.

This has been a bit of the difficulty we have faced in trying to develop a framework which would try and allow all participants to work with us and try to develop a framework which would not negate the safety provisions of the food and drug regulations but provide a framework in which whatever information is available about the drug and how it might be used might come forward in what I refer to as a standardized product where we would say: notwithstanding the drug regulations, if a product is as follows... and we would enunciate what the product was, its origins, the preparation, the claims, the availability, the frequency of taking, etc.; we would stipulate the conditions. Then it would be a standardized product and as a standardized product it would have been deemed to have complied with the food and drug regulations.

So it is a mechanism we are considering now to try to pool or develop a consensus on the part of those who would sell, distribute, to work with us to get a standardized monograph which would allow those then who would be retailing it to know what claims can be made.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Does your branch have many examples of documented evidence where harm has actually been caused to consumers by some of the health products we are talking about and can you quantify the number of people who have—

**Dr. Liston:** We have never undertaken a survey to try to find out if there was harm associated with any particular product. If you are asking if we have had any spontaneous reports that there have been problems, we have not had through our product adverse reaction reporting mechanism, where hospitals report areas where emergency treatment had to be provided because of ingestion of a chemical, whether that is a floor polish or a drug. We have not had any there. But what I would indicate is that we would not take that either as a testimonial or as evidence of how benign or how... it just remains mute. Unless you look specifically, you cannot draw very much in the way of conclusions.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Just one last question. How would you describe whether or not we have a serious health problem in the country on these health food issues, or is it more an industry marketing private sector initiative problem where people just want to go out and sell this product? Do we really have a health problem on our hands with this? That is a tough question to answer briefly.

*[Traduction]*

un nouveau produit obtient un brevet et peut récupérer son investissement grâce au profit que lui rapportent les ventes. Le manufacturier est donc prêt à investir dans la recherche et à faire ce qu'il faut pour démontrer la sécurité et l'efficacité de son produit. Ici, il n'y a pas de brevet régissant les produits botaniques et, en conséquence, les manufacturiers hésitent à entreprendre des travaux pour prouver la véracité de ce qu'ils annoncent, étant donné que leurs efforts peuvent profiter à bien d'autres. Cette situation les incite donc moins à investir des ressources pour prouver la sécurité et l'efficacité de leurs produits.

Cela explique un peu la difficulté que nous avons eue à élaborer une politique permettant à tous les intervenants de travailler avec nous et à en arriver à quelque chose qui ne contredirait pas les dispositions relatives à la sécurité du règlement des aliments et drogues mais qui permettrait, au contraire, grâce à l'information, au sujet du produit et de son utilisation, de présenter un produit normalisé au sujet duquel nous pourrions dire: nonobstant le règlement sur les aliments et drogues, si un produit a les caractéristiques suivantes... et là nous le décririons, avec son origine, sa préparation, son usage, sa disponibilité, sa posologie, etc; nous préciserions les conditions. Nous nous retrouverions alors avec un produit normalisé, conforme au règlement sur les aliments et drogues.

C'est donc un mécanisme que nous envisageons afin d'obtenir l'appui des vendeurs et distributeurs pour les amener à trouver avec nous une formule normalisée qui permettrait aux détaillants de savoir ce qu'ils peuvent annoncer.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Votre service a-t-il bien des dossiers documentés montrant que l'utilisation de certains produits dont nous parlons a causé des ennuis à des consommateurs, et pouvez-vous nous dire combien de personnes ont...

**Dr. Liston:** Nous n'avons jamais effectué d'étude pour déterminer si un produit causait des problèmes. Si vous me demandez si on nous a signalé des problèmes, disons que notre service des plaintes relatives aux produits n'a reçu aucun rapport d'hôpitaux disant qu'ils avaient été obligés de traiter d'urgence des patients à la suite de l'ingestion d'un produit chimique, que ce soit d'une cire à plancher ou d'un médicament. Nous n'avons pas eu de plainte de ce côté-là. Mais cela ne veut pas dire nécessairement qu'il n'y a pas de problème. À moins de faire une étude bien spécifique, il est difficile de tirer des conclusions.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Une dernière question. Diriez-vous que les aliments naturels représentent un grave problème de santé au Canada ou s'agit-il davantage d'un problème inhérent à la commercialisation de produits de l'industrie privée? Sommes-nous véritablement en présence d'un problème de santé? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre brièvement.



[Text]

**Dr. Liston:** Well, there is certainly commercial interest in the area of wanting to sell a product, and whatever the regulatory framework is is a cost overhead, or a prohibition, or a preventing going forward. It is a competitive area, so there is always interest in trying to expand claims.

Having said all this, then the second part of your question, do we have a health problem? I guess in some measure it would also address your prior question—evidence of problems. We are concerned that for major indications for let us say cancer, if there are appropriate forms of treatment which will benefit the consumer, and that might be surgery, or it might be radiation therapy, or it might be a variety of measures which the individual might be apprehensive about, because they are fairly major, that there might be an interest in exploring a more benign form of alternative by turning to herbs and botanicals to see if perhaps there could be a cure for cancer in some of these products, to the extent that the person has been diverted from trying to face the problem and their cancer may have spread, or their condition have worsened in general terms. So what you have is diversion from standard or conventional therapy to an alternative where the effectiveness of the alternative is very much in doubt. There could be effects of this sort, and that is why the Health Protection Branch is concerned about substantive claims for major indications such as cancer.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Mr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** I was interested in your comments about the testing of herbal products and so on that are claimed to have curative effects or health effects and the fact that these distributors or manufacturers do not have patent protection and therefore do not have the expectation of income to finance whatever research and so on needs to be done in order to demonstrate efficacy. But it is true, I thought, that such products as penicillin, streptomycin, both botanicals, and a whole host of antibiotics which are, after all, in a certain sense botanicals, have justified, by virtue of corporate research, their availability on the market in terms of safety and efficacy.

• 1000

The difference, of course, is between slapping mud on somebody's cut, the herbal penicillin treatment, and the purification of the substance which has a defined pharmaceutical effect as compared to a *mélange* of junk that may aid or prevent the effect of the agent. So the reality is, I think, that there should be no reason to change the expectation of people who make these claims any more than you would for any other pharmaceutical manufacturer who would lay a claim for the efficacy of an antibiotic, or a synthetic.

**Dr. Liston:** Through you, Mr. Chairman. As you indicated, for major indications where one is talking about what I would call a frank, substantive, therapeutic claim, the food and drug regulations would apply as they apply anywhere else. But in the area of claims where there might be claims that the product, that the herb may promote well-being, it is one step

[Translation]

**Dr Liston:** La vente d'un produit représente toujours un intérêt commercial, et quel que soit le règlement, il implique toujours des coûts, des contraintes ou des obstacles. C'est un domaine où il y a de la concurrence, et il est toujours avantageux de pouvoir vanter les produits.

Dans le second volet de votre question, vous demandiez si nous avions un problème de santé? Je pense que cela rejoint, d'une certaine façon, votre question précédente à savoir si nous avions la preuve de l'existence de problèmes. Voici ce que nous craignons: dans le cas de cancer, par exemple, lorsqu'il existe des traitements appropriés, que ce soit la chirurgie, la radiothérapie ou toute autre forme de soins qui, à cause de leur gravité, suscitent des craintes chez le patient, celui-ci peut être porté à explorer d'autres solutions moins radicales en se tournant vers les herbes et les produits botaniques, et dans la mesure où le malade aggrave sa situation en évitant les traitements conventionnels, cela constitue un problème. Ce qui arrive, c'est qu'on se détourne d'un traitement ordinaire ou conventionnel pour en adopter un autre dont l'efficacité est plus que douteuse. C'est ce genre de cas qui préoccupent la direction de la protection de la santé, surtout lorsqu'il est question de cancer.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** Merci monsieur Turner. Monsieur McCurdy.

**Mr. McCurdy:** J'ai trouvé intéressant vos commentaires au sujet des tests concernant notamment les herbes médicinales dont on vante les propriétés curatives ou favorables à la santé, et le fait que les produits de ces distributeurs ou fabricants ne sont pas protégés par des brevets, ce qui n'incite pas à investir des fonds dans la recherche pour démontrer l'efficacité des produits. Mais il n'en demeure pas moins que la recherche dans le secteur privé a bien démontré la sécurité et l'efficacité de produits comme la pénicilline, la streptomycine et bien d'autres antibiotiques qui, après tout, sont d'une certaine façon de nature botanique.

Bien entendu, il existe des différences entre l'application de boue sur une coupure, le traitement aux plantes contenant de la pénicilline et la purification d'une substance dont l'effet pharmaceutique est connu, par comparaison aux «mélanges» de produits camelotes qui peuvent favoriser mais aussi neutraliser l'agent infectieux. Je ne crois donc pas qu'il faille s'attendre à ce que l'attitude des gens qui prétendent ce genre de chose change, pas plus d'ailleurs qu'on ne s'y attendrait dans le cas de fabricants de produits pharmaceutiques, qui affirmeraient avoir des preuves de l'efficacité d'un antibiotique ou d'un produit de synthèse.

**Dr Liston:** Monsieur le président, comme on vient de l'indiquer, dans les cas où on affirme carrément, données à l'appui, détenir un produit ayant des vertus thérapeutiques, les dispositions de la Loi sur les aliments et drogues obligerait le fabricant à émettre des lignes directrices comme cela se fait dans tous les autres cas. Toutefois, lorsqu'on prétend que le

**[Texte]**

back in the . . . call it the aggressiveness of the therapeutic claim. Under these circumstances, we are less concerned that there would be, call it diversion from conventional therapy for, let us say, cancer, an example I used a moment ago.

The expectations of the consumer are much diminished, the knowledge about the herb if it is frankly a product of long-standing that is fairly well known and it is not a schedule A claim—and I will talk to you about what schedule A is in a moment—then we could see potentially using this standardized product concept as a means of developing that category. But it would not talk to those where you concentrate a product and you have a pure chemical. And hence, because it is pure, call it more potent, and you could expect to have a more frank physiological response to it. Those would remain as at present, drugs, and would require demonstrated proof of safety and efficacy.

**Mr. McCurdy:** Let me see if I can pin this down. Maybe I am missing something here. Suppose the taheebo tea claimed to be a cancer cure. Are you saying that untreated taheebo, for which is claimed a curative capacity for cancer, would not be subject to a demonstration of efficacy?

**Dr. Liston:** No. No, sir. There are several ways in which a product—

**Mr. McCurdy:** Just to make sure I get this clear and perhaps we can cut through this quickly. You just said, a purified product, and made such references which led me to believe that you might be saying that the last category that you cited might exclude natural products. I gather what you are saying is that so long as the claim for the health benefit is general, then you would go to the standard labelling scenario that you are talking about. Is that correct?

**Dr. Liston:** If I may use the example you have chosen, if the indications for taheebo that the manufacturer would wish to make are related to its being a refreshing or stimulating product or tea which would promote a sense of well-being, and claims of that sort, that would probably fall within—and recognize, please, that those are hypothetical—the concept of a standardized product. If on the other hand those who would sell wanted to use taheebo with a cancer claim, then we would expect to obtain full evidence that it is safe and effective as an anti-cancer agent.

**Mr. McCurdy:** Some of the proposals from the industry, such as deletion from the food and drug regulations of all sections pertaining to fixing minimum or maximum limits on the potency of any vitamin or mineral within a food, the classification of any vitamin or mineral or other food factor as

**[Traduction]**

produit en question, la plante par exemple peut aider à rester en bonne santé, on se fait la promotion trop agressive de la substance en question. Or dans de telles circonstances, ce n'est pas le fait qu'il s'agit d'une thérapie de rechange par rapport à la médecine officielle qui nous préoccupe comme ce l'était par rapport au cancer, que j'ai mentionné il y a quelque instant.

Dans les cas où la plante ou le produit existe depuis longtemps et ne figure pas à l'annexe A, les connaissances du consommateur sont limitées, et il ne s'attend d'ailleurs pas à autant de chose que s'il faisait partie de l'annexe A. Je vais d'ailleurs vous expliquer ce qu'est l'annexe A dans un instant. Quoi qu'il en soit, dans les cas de produits ne figurant pas à cette annexe, nous pourrions recourir à l'idée de produits normalisés pour développer cette catégorie. Cependant, le produit normalisé n'engloberait pas les substances transformées par concentration ni les substances purement chimiques. Dans les cas des substances sans mélange, on pourrait dire que leur pureté les rend plus puissantes et qu'on peut s'attendre à ce que l'organisme leur réagisse physiologiquement de façon beaucoup plus directe. Ce dernier produit continuerait à faire partie des drogues et exigerait qu'on fasse la preuve de leur sécurité et de leur efficacité.

**M. McCurdy:** Je vais essayer de circonscrire la question. Peut-être me manque-t-il un élément. Supposons par exemple qu'on prétende que la tisane taheebo guérisse le cancer. Est-ce que cela signifie que cette infusion taheebo non traitée, dont on prétendrait qu'elle puisse guérir le cancer ne ferait pas l'objet d'études démontrant son efficacité?

**Dr. Liston:** Non, non monsieur McCurdy. Il existe plusieurs manières de soumettre un produit . . .

**M. McCurdy:** J'aimerais tout simplement tirer cela au clair après quoi nous pourrions étudier la question plus rapidement. Vous venez de parler d'un produit purifié, et j'ai cru comprendre que la dernière catégorie que vous avez mentionnée exclurait peut-être les produits naturels. Or, maintenant, j'ai l'impression que ce que vous dites plutôt, c'est d'abord que les affirmations relatives aux bienfaits du produit restent générales, alors vous préconisez que l'on en reste à l'étiquetage normalisé. C'est bien cela?

**Dr. Liston:** Si vous permettez, j'aimerais revenir à l'exemple que vous avez choisi. Si le fabricant de la tisane taheebo voulait indiquer que le produit détend ou stimule ou encore qu'il favorise un sentiment de bien-être, de telles affirmations relèveraient probablement de cette idée d'un produit normalisé, sous la réserve, bien entendu, qu'il s'agit ici d'une hypothèse. Si par contre les fabricants voulaient affirmer que l'infusion taheebo peu guérir le cancer, alors on pourrait s'attendre à ce qu'on exige d'eux qu'ils fournissent toutes les preuves établissant qu'il s'agit d'un médicament anti-cancer sûr et efficace.

**M. McCurdy:** Que pensez-vous de certaines des propositions de l'industrie, comme le retrait des règlements sur les aliments et drogues de tous les articles fixant des minimums et des maximums à la puissance des vitamines ou des minéraux dans un aliment, du classement des vitamines ou des minéraux ou



*[Text]*

a drug, any limitation on the combination of number of vitamins, minerals, and other nutrients in any food, restriction of health claims which can be made for any vitamin, mineral, or other factor, and the setting of any non-prescriptive limits for any vitamins, minerals, or other nutrients—what is your response to that set of demands? They all say simply this. If something is a vitamin and therefore a natural product, there should be no limitations on its sale.

**Dr. Liston:** I cannot accept that vitamins at any level are totally safe. We have a long history, for example, of trying to control vitamins A and D; the lipid-soluble vitamins. Studies have been reported in the literature which would suggest that other vitamins, the water-soluble vitamins, are at times associated with negative effects or with problems when they are taken in excessive quantities. Basically, if you flood the organism with excessive quantities of a chemical, you cannot expect that it will behave in the body, be metabolized, distributed, in the conventional way. So the whole process of elimination and how the body handles it, what compartments become exposed to that particular chemical, may be quite different under very high doses. That is why there is an element of caution that is needed in the levels that are recommended. Beyond a certain point there are no benefits that accrue and you just incur risk as you go up in the dosage level. So there are these sorts of concerns.

**Mr. McCurdy:** So into what category would vitamins fit?

**Dr. Liston:** Vitamins are in the drug regulations right now. At certain levels they are considered as a therapeutic agent which a physician normally would prescribe to treat a vitamin-deficiency condition. At levels below that—and this is where we stipulate the level—they are suitable as a generally available consumer product, so they might have the benefits of amounts compatible with the required daily intake. So there you have the multivitamin preparations and so on that are available as OTC, or over-the-counter, products, and the limits are established recognizing what the normal daily requirements are.

**Mr. McCurdy:** I am still trying to pin this down, because I have just a little trouble with it.

• 1010

You can go to the corner store and buy vitamins, and the content of the pills is provided and, as you say, the recommended daily dose. But I do not know really what the difference is between what you describe as what would apply in the standardized product list and what actually happens with vitamins right now in terms of labelling requirements.

**Dr. Liston:** The vitamins as an OTC product are used by consumers to maintain health as an adjunct perhaps to a normal diet. That sort of framework has been acceptable, generally speaking, making a distinction between a therapeutic class and an OTC or an over-the-counter class, where self-

*[Translation]*

d'autres substances comme une drogue, de la limitation du nombre de vitamines, de minéraux ou d'autres substances nutritives combinées dans quelque aliment que ce soit, des restrictions, ou affirmations relatives au bienfait des vitamines, des minéraux ou d'autres nutriments et enfin des limitations aux vitamines, minéraux ou autres nutriments non prescrits? Que pensez-vous de ces propositions? Elles se ramènent toutes à ceci que si une substance quelconque est une vitamine, partant un produit naturel, aucune limite ne devrait entraver sa vente.

**Dr. Liston:** À mon avis, il est inacceptable de dire que n'importe quelle quantité de vitamine est tout à fait sûr. Cela fait très longtemps que nous essayons de contrôler les vitamines A et D, c'est à dire les vitamines solubles dans les graisses. Or d'après les études relatives aux autres vitamines, c'est-à-dire celles qui sont solubles dans l'eau, leur consommation excessive entraîne parfois des effets nuisibles à l'organisme ou des problèmes. En effet, si l'on sature l'organisme de quantités excessives d'un produit chimique, on ne peut s'attendre à ce que ce produit soit métabolisé et diffusé de la façon régulière. Cela veut donc dire que l'élimination du produit et ses effets sur l'organisme et sur certaines parties en particulier peuvent varier sensiblement lorsque les quantités sont très élevées. C'est pour cela que, par prudence, on recommande de ne pas excéder certains niveaux recommandés. Au-delà de cela, les bienfaits de la consommation des vitamines sont nuls et même, on court des risques plus on augmente la dose. Nous nous préoccupons donc de cela.

**M. McCurdy:** En ce cas, dans quelle catégorie placeriez-vous les vitamines?

**Dr. Liston:** À l'heure actuelle, les vitamines figurent dans les règlements relatifs aux drogues. À certains niveaux, elles sont considérées comme un moyen thérapeutique auquel peut recourir un médecin et qu'il peut prescrire dans les cas de carence vitaminique. À des niveaux inférieurs à cela, et nous insistons sur l'importance à accorder au niveau, les vitamines conviennent à la consommation courante et elles peuvent être bénéfiques si on s'en tient à la dose quotidienne recommandée. C'est pourquoi les multivitamines et autres produits sont disponibles en vente libre et que leurs limites sont fixées en fonction des besoins quotidiens normaux.

**M. McCurdy:** J'essaie encore de saisir l'essentiel de la question et j'ai quelques difficultés.

On peut acheter des vitamines au magasin du coin, l'emballage fournissant la description du contenu et la dose quotidienne recommandée. Je ne comprends pas très bien la différence entre ce que vous venez de décrire concernant une liste de produits normalisés et les exigences d'étiquetage dont sont frappées actuellement les vitamines.

**Dr. Liston:** Les vitamines sont des produits vendus à l'étalage et les consommateurs les achètent en tant que supplément à un régime alimentaire normal dans le but de préserver leur santé. Cette situation a toujours été acceptable, en règle générale, car jusqu'à présent on faisait une différence entre l'usage thérapeutique et un produit vendu à l'étalage, comme c'est le cas

*[Texte]*

selection dominates the consumer's choice as to which vitamins he wants.

For this standardized product we were talking about as a category, we are looking there for claims of perhaps the same general type; as I said, a stimulating potion that promotes well-being, that will . . . I cannot give you chapter and verse on the type of claims, but generally speaking, health promotion, health maintenance types of orientation, analogous to those in the vitamins, would be a category we could envisage at this point.

**Mr. McCurdy:** So you would have to set daily average doses for—

**Dr. Liston:** I am sorry, no, not that concept.

**Mr. McCurdy:** Well, what? Almost any of these things can be potentially toxic.

**Dr. Liston:** That is right.

**Mr. McCurdy:** So there will have to be some kind of prescription of daily intake in some fashion or another.

**Dr. Liston:** This is where the standardized product might have to be taken—I do not know—once a day as a tea with meals to promote a feeling of well-being. So you have essentially the dose—

**Mr. McCurdy:** I am trying to figure out how we are going to establish the appropriate maximum dose of cumquat tea or something like that.

**Dr. Liston:** This is where the industry that is interested in these products, believing they have evidence of safety and use patterns that preclude major safety concerns, will have to come forward and work with us in the development of such a standardized product.

**The Chairman:** It is a little bit past your time, Mr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** Let me pursue this for just one more second.

**The Chairman:** One more question.

**Mr. McCurdy:** They go to Mexico and come back with a nice product that they find the Indians have eaten for years that generally satisfies their well-being, and they insist that years of use have established suitability. So you have something that is established in a certain sense, and a particular kind of culture gets certain kinds of measures of efficacy and acceptability that have been working all along. They come to you and say that is true, and that you are a bigot because you did not accept the tradition of Mexican Indians with respect to this product. By the way, the product is peyote.

I think you can see the problem that it strikes me is going to be there. Just to move the substance back to your standardized product category, you are left with the same thing as in the fourth category, because no matter what, they are going to resist any kind of testing for the same reasons: lack of protection and so on.

*[Traduction]*

des vitamines pour lesquelles le consommateur est celui qui avant tout choisi personnellement ce qu'il veut.

Dans le cas de ces produits normalisés dont nous voudrions faire une catégorie, les objectifs seraient peut-être semblables en général. Comme je l'ai dit, une potion stimulante qui suscite le bien-être, qui . . . je ne peux pas vous dire de façon circonstanciée quels seraient les objectifs mais en règle générale, ce serait l'hygiène, la préservation de la santé, comme dans le cas des vitamines, et c'est ainsi qu'on définirait la catégorie envisagée pour l'instant.

**M. McCurdy:** Alors vous établiriez des doses moyennes quotidiennes pour . . .

**Dr Liston:** Excusez-moi, ce ne serait pas cela.

**M. McCurdy:** Ce serait quoi alors? Presque tous ces produits ont un potentiel toxique.

**Dr Liston:** Vous avez raison.

**M. McCurdy:** Il faudra donc une sorte d'ordonnance à titre indicatif pour la dose quotidienne.

**Dr Liston:** On conseillerait ni plus ni moins de prendre un produit normalisé . . . et je ne sais pas . . . une fois par jour tout comme un thé avec les repas pour susciter le bien-être. Essentiellement la dose . . .

**M. McCurdy:** J'essaie de comprendre comment on va fixer la dose maximale recommandée pour l'absorption du thé de kumquat ou d'une potion semblable.

**Dr Liston:** Voilà pourquoi il va falloir que le secteur industriel intéressé à ces produits, et qui estime que la preuve est faite qu'ils ne sont pas nocifs et que leur consommation ne donne lieu à aucune préoccupation majeure du côté de leur nocivité, fasse le nécessaire et travaille avec nous à l'élaboration d'une telle liste de produits normalisés.

**Le président:** Monsieur McCurdy, vous avez dépassé un peu votre temps de parole.

**M. McCurdy:** Donnez-moi encore une seconde à ce sujet.

**Le président:** Une dernière question.

**M. McCurdy:** Les gens vont au Mexique et reviennent avec des produits ayant découvert que les Indiens les consomment depuis des années pour leur plus grand bien. Ils affirment que des années d'usage constituent la preuve de l'efficacité de ces produits. Il y a donc certaines choses vérifiées jusqu'à un certain point si bien que certains produits cultivés acquièrent une certaine réputation d'efficacité et deviennent acceptables à cause de leur pérennité. On affirme donc que ces produits sont absolument sûrs et quiconque met cela en doute est accusé de ne pas accepter la tradition des Indiens mexicains à l'égard de ces produits. Soit dit en passant, je songe notamment ici au peyotl.

Je pense que vous comprenez le problème que je vois poindre ici. Revenons cependant à la catégorie de produits normalisés dont vous parlez car il existe la même situation que dans la quatrième catégorie. En effet quoi qu'il arrive, on va refuser tout essai pour les mêmes raisons: absence de protection etc.



[Text]

• 1015

**Dr. Liston:** I do not believe that what I had proposed at this point in time has a tentative framework, and I should add that we have not yet concluded precisely on that. It is something we are working on now. But I am not suggesting that it would solve all the problems, that there would be no confrontation between a regulatory agency and those who would wish to promote a variety of botanical products. There will always be an element of tension between us. Their expectations will exceed our ability to accede to their request.

But what I do believe will happen is that, instead of having a number of distributors suddenly become aware that a product is not legal or has been thought to be a new drug and have them be caught "off guard", what one would have then is a well established framework with claims, with quantities, and statements that could be made about it.

I would hasten to add as well that, when we get information about a product coming from a different culture, we start to examine some of the imports into Canada. With taheebo tea, for example, the literature states that there is a natural product that is associated with the bark of the taheebo tree. We have looked at a number of these products coming in, and we cannot find that. So I do not know where this product comes from, but if one believes the scientific literature, it does not seem to be taheebo, at least not as described in the literature.

So there are lots of areas where there would have to be clarification of source, the consistency, what the active ingredient might be, and whether or not it is available in a consistent manner. If it had 10 times the concentration in one shipment and only one-tenth in the next one, it could lead to very different situations. These are the sorts of concerns that need to be addressed when one develops a standardized product.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Liston. Thank you, Dr. McCurdy. Mr. Chartrand, do you have some questions?

**Mr. Chartrand:** Maybe only one question. These natural foods are really popular in many other countries. Take France as an example, where we have really big supermarkets of these products.

Are you taking an example from the health department in France, asking them questions about what is happening in their country—the markets look much more open than what we have right now—and if they really sell these products without any legislation? It looks like that; anybody can sell anything there. Are you checking on what is happening in other countries to see if our law would be too strict or too tough for our consumers?

**Dr. Liston:** Quite frankly, I am not familiar with the details of how health food products are sold in France. It is difficult to

[Translation]

**Dr Liston:** Je ne crois pas que ce que j'avais proposé alors puisse même constituer un cadre d'essai à la longue et j'ajouterai que nous n'avons pas encore de conclusions précises là-dessus. Nous sommes encore en train d'y travailler. Toutefois, je n'affirme pas que cela pourrait résoudre tous les problèmes, qu'il n'y aurait pas de différend entre l'organisme de réglementation et ceux qui voudraient faire la promotion de toute une gamme de produits botaniques. Il y aura toujours certaines tensions entre nous. Les visées des promoteurs dépasseront toujours notre capacité de répondre affirmativement à leurs demandes.

Voici comment je vois les choses: au lieu d'avoir affaire à un certain nombre de distributeurs qui découvriraient soudainement qu'un produit est interdit ou encore qu'il s'apparente à un nouveau médicament, au lieu de les prendre par surprise, on aurait recours à un cadre bien établi fixant les objectifs, les quantités et les renseignements vérifiés concernant les produits.

Je me hâte d'ajouter que quand nous recevons des renseignements concernant un produit provenant d'une autre culture, nous entreprenons d'analyser certains produits importés au Canada. Dans le cas du thé «taheebo», par exemple, les renseignements signalent qu'il s'agit d'un produit naturel extrait de l'écorce de l'arbre «taheebo». Nous avons examiné un certain nombre de ces produits qui arrivaient au Canada, mais nous n'avons rien trouvé. Nous ne savons donc pas d'où ce produit vient et après examen des renseignements scientifiques, il ne semble pas que ce soit le «taheebo», car du moins ce produit ne correspond pas à la description donnée.

Dans bien des cas donc, il faudrait des éclaircissements quant à la source, à la cohérence, aux ingrédients actifs, et à la constance de l'approvisionnement. En effet, il pourrait y avoir des variations multiples de dix suivant les arrivages, ce qui pourrait donner lieu à des situations très diverses. Voilà donc le genre de préoccupations dont on doit tenir compte au moment d'élaborer une liste de produits normalisés.

**Le président:** Merci, docteur Liston. Merci, monsieur McCurdy. Monsieur Chartrand, avez-vous des questions à poser?

**M. Chartrand:** Je n'ai peut-être qu'une seule question. Ces aliments naturels sont très populaires dans bien d'autres pays. En France, par exemple, il y a des supermarchés énormes où l'on vend ces produits.

Est-ce que vous pouvez vous inspirer de ce que fait le ministère de la Santé en France, est-ce que vous pouvez poser des questions sur la situation là-bas, car les marchés y semblent beaucoup plus ouverts qu'ici, et est-ce qu'on peut savoir si ces produits sont vraiment vendus sans réglementation aucune? Il semble que oui. Il semble qu'on puisse vendre n'importe quoi là-bas. Est-ce que vous vous renseignez sur la situation dans d'autres pays afin de voir si nos lois ne sont peut-être pas trop sévères pour les consommateurs?

**Dr Liston:** En toute franchise, je ne connais pas bien les produits alimentaires naturels vendus en France. Il est difficile

[Texte]

model whatever our framework would be against what is done in another country, simply because the Food and Drugs Act and regulations, amongst other things, ask us, the Health Protection Branch, to examine products and make sure they are safe and effective. To look at another country and examine their distribution system is of interest for trying to get some ideas, but the actual evaluation or assessment is a responsibility that accrues to the Department of National Health and Welfare.

**Mr. Chartrand:** Okay. But do you think we will come to a certain figure, that the consumers will be able to say they can take it or at least try it? I do not know the products because the names are so different, and everybody can say they are doing anything. Do you think we will be able to come up with something that will tell the people, yes, they can try it, they will not die; nothing will happen to them if they try it? We have people who are fussy about these products, and some other people do not even want to try it because they do not really know whether it is good or bad. We have no report on that.

• 1020

**Dr. Liston:** In response to your question, I come back to the survey that we carried out where most said they would like to have freedom of choice, in responding to our information letter.

Some of those would say they want freedom of choice, government butt out, as it were. Others are saying they want freedom of choice from amongst safe products.

The survey that we carried out, not associated with the information letter, but the general survey suggests that three-quarters to 80% of those people we surveyed said that if a claim is made, they would want the manufacturer, distributor, and so on, to have evidence for that claim. Once that is done, then they would want freedom of choice. So what we are trying to do, in essence, is to provide a group of botanical products, or herbs that might either be foods, special type of foods, or standardized products, or perhaps even drugs, but we have a continuum, depending on the nature of the product, whether it is toxic; the nature of the claim, how stringent that is; and we would have a gradation that would enable safe products to be sold under proper information and proper labelling.

**Mr. Chartrand:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Chartrand. Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** I would just like to change the pace. I am going to throw something at you. Okay? I like your first question here. When you hear the term "health foods", what products or things first come to your mind?

I see these little stores. You always seem to think these people are maybe scared of our chemical-type foods. They say there are the purest of foods in these places. Usually, it is like pale-skinned people, like the doctor, pale-skinned people, long-

[Traduction]

de modéliser notre cadre éventuel sur la situation d'un autre pays, pour la bonne raison que la Loi sur les aliments et drogues et les règlements afférents, notamment, exigent que la Direction de la protection de la santé examine les produits afin d'en vérifier l'innocuité et l'efficacité. Si l'on se tournait vers un autre pays pour étudier quel en est le réseau de distribution, on pourrait certainement y trouver de bonnes idées, mais l'évaluation, ou encore l'analyse, n'en demeure pas moins une responsabilité qui incombe au ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social.

**M. Chartrand:** Je vois. Mais pensez-vous qu'on pourra quantifier la chose, établir que les consommateurs acceptent de consommer ces produits ou du moins de les essayer? Je ne connais pas ces produits car les noms sont tellement divers et n'importe qui peut dire n'importe quoi. Pensez-vous que nous pourrions trouver le moyen de dire aux gens qu'ils peuvent essayer ces produits en toute sécurité, et qu'ils ne mourront pas, que rien ne va leur arriver? Il y a des gens qui sont très fêrus de ces produits alors que d'autres ne veulent même pas les essayer parce qu'ils ne savent pas s'ils sont bons ou mauvais. Pour l'instant, nous sommes dans le noir.

**Dr. Liston:** En réponse à votre question, je reviendrai à l'enquête que nous avons faite par le truchement d'un bulletin d'information et l'enquête montre que les gens voudraient la liberté de choix.

Certains nous disaient carrément de ne pas nous en mêler et qu'ils voulaient la liberté de choix. D'autres voudraient être libres de choisir parmi des produits non nocifs.

Nous avons fait une enquête qui n'avait rien à voir avec le bulletin d'information mais qui était d'ordre général. Dans 75 p. 100 à 80 p. 100 des cas, les gens ont dit que si un fabricant ou un distributeur affirmait quelque chose, il faudrait qu'il présente des preuves à l'appui. Une fois cela fait, ces gens voudraient avoir la liberté de choix. Essentiellement, nous essayons d'offrir un groupe de produits botaniques, ou d'herbes qui peuvent être des aliments, de nature spéciale, ou des produits normalisés ou même encore des médicaments, mais qui offrent une constance, suivant la nature du produit, dans les cas où il est toxique. Nous voudrions en décrire les objectifs et le potentiel. Il y aurait donc une échelle graduée de sorte que les produits non nocifs pourraient être vendus avec renseignements et étiquetage appropriés.

**M. Chartrand:** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Chartrand. Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Je voudrais changer le rythme ici. Je vais lancer quelque chose. Êtes-vous d'accord? J'ai bien aimé votre première question. Quand on entend l'expression «aliment naturel», quels sont les produits qui viennent à l'esprit tout d'abord?

Je vois ces petites boutiques. On a tendance à penser que ces gens sont peut-être craintifs face à nos aliments chimiques. Ils prétendent vendre les aliments les plus purs. D'habitude, leurs consommateurs sont des gens au teint blafard, comme celui du



[Text]

haired hippies, that type of good Canadian, I am going to say. I do not say oddballs. I do not say weirdos. I am trying to get to something. You are laughing there, but they are living the right world and we are not. I mean, if I want to get sick, I just have to go to the cafeteria, and what side do I want to eat on? Okay?

In all fairness, just how safe are these things? Mr. Chartrand was saying that in Europe, in France and such places, they have big department stores of this. Is it just because we do not have the knowledge? When I say pale-skinned people, it is always people who maybe do not believe in make-up. Do you know what I mean?

How safe is this? When you see bags of the wheat germs or whatnot on the floors of these little stores, and people buy it. I would never trust the Third World. When you go to Mexico or some place, the first thing they tell you is do not drink their water. Drink all the booze you want, but do not drink their water because of a virus you might catch.

Now, they must water these things down! I was in Taiwan where the air is so polluted and stinking dirty that you wonder how they can grow something over there. Yet if we get a wheat germ, say, from that country, just how . . . ? I am saying: what is our inspection here? How safe is everything? Would you actually walk in yourself and just buy anything in there? Is it because we are not . . . ?

**Dr. Liston:** Mr. Chairman, through you, there are about four or five questions there.

**Mr. Mantha:** Do not take too long. We are nearly finished.

**Dr. Liston:** First of all, for foods, there is no pre-market clearance. But there is a generalized form of surveillance. So, for traditional foods, be that bean sprouts, unprocessed or foods that are not packaged, processed and cooked and so on, in this area there are hygiene questions that we have addressed in the Health Protection Branch because we are concerned about somebody who might have an infection, or whatever, handling out of a common bin. So there are regulations provincially and codes that try and contain the amount of general contamination that there might be.

• 1025

We do not pre-screen all of these imports. If this material is imported from any country, if there are problems associated with it, we would carry through a full investigation, but it is not pre-distributed, not scrutinized before distribution.

Is it safe? Generally speaking, yes.

There are problems, as there are in any industry, but I would not believe there is a higher incidence in the health food industry for these traditional products.

[Translation]

médecin, des hippies aux cheveux longs, de bons Canadiens. Je ne dis pas que ces gens sont bizarres. Je ne dis pas qu'ils sont des originaux. Voici où je veux en venir. Vous riez mais selon eux, ils s'ont dans le vrai et nous pas. Si je veux être malade, je n'ai qu'à aller à cafétaria et choisir ma table, n'est-ce pas?

En toute justice, dans quelle mesure ces produits ne sont-ils pas nocifs? M. Chartrand disait qu'en Europe, en France notamment, il y a de grands magasins où l'on vend ces produits. Serait-ce que nous n'en connaissons pas assez long? Quand je parle de gens au teint blafard, je me dis que ce sont peut-être des gens qui ne portent pas de maquillage. Est-ce que vous me comprenez?

Dans quelle mesure ces produits sont-ils sans danger? Quand vous voyez des sacs de germes de blé et d'autres produits par terre, dans ces petites boutiques, vous constatez que les gens achètent. Jamais je ne ferai confiance au Tiers monde. Quand on va au Mexique ou ailleurs, la première chose qu'on vous dit, c'est de ne pas boire l'eau là-bas. On vous dit de boire tout l'alcool que vous voulez, mais de ne pas boire d'eau parce que vous risquez d'attraper un virus.

Je me dis toutefois qu'on doit bien arroser ses plantes! Je suis allé à Taiwan où l'air est pollué et sent très mauvais si bien qu'on se demande si on peut faire pousser quoi que ce soit là-bas. Si on obtient des germes de blé de ce genre de pays, qu'arrive-t-il . . . ? Je dis: quel genre d'inspection faisons-nous? Qu'est-ce qui est sans danger? Est-ce que vous-même vous achèteriez quoi que ce soit dans ces boutiques-là? Est-ce que c'est parce que nous ne sommes pas . . . ?

**Dr. Liston:** Monsieur le président, on m'a posé quatre ou cinq questions ici.

**M. Mantha:** Ne prenez pas trop de temps, car la séance tire à sa fin.

**Dr. Liston:** Tout d'abord, pour ce qui est des aliments, il n'y a pas de sanction avant la mise en marché. Il y a toutefois une forme générale de surveillance. Pour ce qui est des aliments traditionnels, que ce soit les fèves germées, les aliments non transformés ou les aliments qui ne sont pas emballés, les aliments transformés ou cuits, il existe des considérations d'hygiène que la Direction de la protection de la santé fait respecter car nous nous inquiétons des infections possibles quand tous les consommateurs ont accès aux mêmes contenants. Il existe donc des règlements provinciaux et des codes afin de contenir la contamination générale potentielle.

Nous ne passons pas au crible toutes ces importations. Si une denrée est importée d'un pays quelconque, si elle comporte des problèmes, nous menons une enquête en règle mais le produit n'est pas visé avant la distribution, il n'est pas examiné.

Est-ce qu'il y a danger? En général, non.

Il y a des problèmes, comme des secteurs, mais je ne pense pas que les problèmes soient plus nombreux dans le secteur des aliments naturels que dans celui des aliments traditionnels.

[Texte]

**The Chairman:** Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** I will stick to the canned stuff and the Canadian stuff. Thank you.

**The Chairman:** Dr. Liston, you referred a couple of times this morning, I think, to a continuum in the regulatory process here, indicating to us that you are looking at some structural changes in how you will assess these various claims and requests to have foods or drugs or herbs approved. Can you tell us what the plan is that you have, in terms of how the process will be conducted? What is the time that you see involved in this and will you be involving the health food industry in your discussions?

**Dr. Liston:** What we are proposing and what we are working on now is the development of the second information letter in the regulatory framework. First of all, we announced the formation of the committee, the terms of reference, the results of their recommendations to us and the replies to it. All of that has been done. We have now analysed or are in the process of analysing and assessing that and will come forward with an information letter in the fairly near future, a matter of weeks.

We would propose to outline the framework that I have talked about this morning, or something along those general lines, and that would be put forward as a proposal. It is one which would involve discussion with the various components of the health food industry.

We believe, by and large, there should be some satisfaction with that proposal because the committee comprised not only, shall we say, a pharmacist or conventional health professionals but, as well, those who had a background in herbs, botanicals.

So the expert advisory committee recommendations were from a broad base. Our response, will offer, I would expect, a satisfactory framework for further work and development in this area.

Industry will obviously have to comment on it and work with us in the developing of this.

**The Chairman:** Do you see this information going out again during the course of the winter or spring?

**Dr. Liston:** I would expect that, and this is an educated guess, Mr. Chairman, within the next six weeks or so this should be out.

**The Chairman:** I see.

**Dr. Liston:** the industry has complained about how the department handled the issue of the amino acid supplements by taking them off the market quite summarily, whereas, you have given a year's opportunity for the drug industry to study salicylamide. It appears, on the surface, that you might be using two different standards.

**Dr. Liston:** Let me answer by saying that with respect to some of the amino acids, they are single, purified, potent chemicals that have or can have a major physiological effect. One of the amino acids in which there has been a lot of interest is tryptophan, for example. Tryptophan is a therapeutic agent with a rather substantive effect on the chemistry of the brain.

[Traduction]

**Le président:** Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Je vais m'en tenir aux produits en conserve, aux produits canadiens. Merci.

**Le président:** Docteur Liston, vous avez parlé à quelques reprises ce matin d'un courant dans le processus de réglementation, et vous avez signalé que vous essayez de faire des modifications structurelles dont vos évaluations des requêtes pour approbation d'aliments, de médicaments et d'épices. Pouvez-vous nous décrire le plan que vous avez en tête du point de vue de la procédure? Quelles sont les contraintes de temps en cause? Les aliments naturels interviennent-ils dans vos discussions?

**Dr Liston:** Actuellement, nous sommes en train de préparer un deuxième bulletin d'information dans le cadre de réglementations. Tout d'abord, nous avons annoncé la formation du Comité, son mandat et le résultat des recommandations qu'on nous a faites de même que nos réactions. Tout cela est fait. Nous avons analysé toute la question, l'analyse et l'évaluation se poursuivant encore, et nous aurons un bulletin d'information sous peu, d'ici à quelques semaines.

Je vous propose la description du cadre dont on a parlé ce matin, de façon générale, cadre que nous comptons présenter à titre de proposition. Il y aura discussion avec les divers intervenants du secteur des aliments naturels.

Grosso modo, on devrait accepter avec satisfaction la proposition car le Comité comporte non seulement un pharmacien et des spécialistes classiques de la santé mais également des gens qui connaissent bien les épices et les produits botaniques.

Le comité consultatif d'experts a présenté des recommandations d'ordre général. Notre réaction offrira, je l'espère, un cadre satisfaisant pour que d'autres mesures puissent être prises.

Le secteur va manifestement avoir des remarques à faire et nous les incorporons à l'élaboration de l'ensemble.

**Le président:** Est-ce que vous pensez que ce bulletin d'information va être diffusé cet hiver ou au printemps?

**Dr Liston:** Sous toutes réserves, je m'attends à ce que ce bulletin soit prêt d'ici à six semaines.

**Le président:** Je vois.

Docteur Liston, les gens du secteur se sont plaints de la façon dont le ministère a traité la question des suppléments d'acides aminés qui ont été retirés du marché de façon sommaire tandis que l'on a donné aux fabricants des médicaments un an pour étudier la salicylamide. Il semble, à première vue, que vous ayez deux poids et deux mesures.

**Dr Liston:** Les acides aminés sont des produits chimiques simples, purifiés et puissants qui ont ou peuvent avoir un effet physiologique important. Un des acides aminés qui a suscité beaucoup d'intérêt est le tryptophan, par exemple. Le tryptophan est un agent thérapeutique qui peut avoir un effet substantiel sur la chimie du cerveau. C'est un produit qui a une



[Text]

It is a product which has a marked influence there. So when one talks about it is an amino acid, it is a composition; it is found in food, that is true, but when concentrated and taken in sufficient quantity it behaves more like a drug. In the instance of the question of timing, moving on it, we were concerned about tryptophan. We did not feel we had the luxury of time to allow the product to be on the market, distributed aggressively; we felt we had to protect the health of Canadians, so therefore we moved with some alacrity.

• 1030

I think the product you referred to was salicylamide. Salicylamide was a product, if my memory serves me, and I have to go back a little bit, that was thought to . . . There were no questions about it being effective, but there were some concerns about chronic ingestion of high levels and that it might cause injury to the kidney. We were truly talking about chronic ingestion at high levels. We came forward at that time with an information package which outlined to health professionals our concerns over the use of salicylamide as a product which could be used in combination with other analgesics and, as an OTC, used in a chronic fashion. The circumstances for the control of salicylamide is not quite analogous to those for tryptophan; and the time differential that there is was predicated on our assessment of risk and management of the situation.

**The Chairman:** Dr. Liston, one of the claims or allegations the industry has made is you do not really have a full-time trained nutritionist on the staff of Health Protection Branch, somebody whose main interest and training is in nutrition. Is that true?

**Dr. Liston:** That is not true, sir.

**The Chairman:** Can you tell us who you do have on staff? I do not mean the person necessarily, but what sort of training does the individual have?

**Dr. Liston:** Within the Food Directorate there is one area where we have nutritionists and biochemists working on what we call nutritional problems. There is an organization within the Food Directorate.

**The Chairman:** Does the same also apply to the Drug Directorate? Would you have a nutritionist on staff in that directorate?

**Dr. Liston:** There are some MDs in the drug area who do have a background that would be applicable to drug products such as IV formulas where you might have total parenteral nutrition under, shall we say, insitutional or hospital care circumstances. So there is some background in nutrition there. But the group I was referring to was largely in the Food Directorate.

**The Chairman:** In the issue of food supplements, where some companies are deemed to have made a false claim, you certainly have the authority and do remove that product from the shelves. The argument advanced by the health food

[Translation]

influence certaine à ce niveau là. Quand on dit qu'il s'agit de l'acide aminé, on en parle comme d'un composé. On le trouve dans la nourriture, c'est vrai, mais une fois concentré et absorbé en quantité suffisante, il devient plutôt une drogue. Nous nous inquiétons du tryptophan du point de vu du rythme de l'évolution. Nous n'avions pas l'impression que nous pouvions nous payer le luxe d'attendre, de permettre à ce produit d'être commercialisé et distribué à outrance. Nous avons eu l'impression qu'il fallait protéger la santé des Canadiens, et voilà pourquoi nous avons agi sans attendre.

Je pense que vous avez parlé du salicylamide. Il s'agit d'un produit si je me souviens bien, et cela remonte à il y a longtemps qu'on estimait . . . nul doute qu'il était efficace mais on s'est inquiété d'une absorption chronique du produit hautement concentré et de ses effets dommageables pour les reins. Nous nous inquiétons d'une absorption chronique d'une forte concentration du produit. À ce moment-là, nous avons préparé des notices qui indiquaient aux professionnels de la santé nos inquiétudes concernant la salicylamide qu'on pourrait prendre en même temps que d'autres analgésiques et qui, comme produit vendu à l'étalage pourrait faire l'objet d'une consommation chronique. Les circonstances pour le contrôle de la salicylamide ne sont pas tout à fait identiques à celle du tryptophan. Il y a également une différence de temps qui dépend de notre évaluation du risque et de notre gestion de la situation.

**Le président:** Dr. Liston, une des choses que les secteurs prétendent est que vous n'avez pas vraiment à la direction de la protection de la santé un nutritionniste bien formé et à plein temps, quelqu'un dont le principal objet et la principale formation viseraient la nutrition. Est-ce vrai?

**Dr Liston:** Ce n'est pas vrai.

**Le président:** Pouvez-vous nous dire qui fait partie de votre équipe à ce titre? Je ne veux pas que vous donniez de noms nécessairement mais je voudrais que vous nous décriviez la formation de cette personne?

**Dr Liston:** À la direction des aliments, des nutritionniste et des biochimistes travaillent dans un service à résoudre les problèmes de nutrition. Ce service se trouve au sein de la direction des aliments.

**Le président:** Est-ce que c'est vrai dans le cas de la direction des médicaments? Y a-t-il là aussi un nutritionniste?

**Dr Liston:** Il y a des médecins qui travaillent dans ce service et qui ont une expérience relative aux médicaments comme les formules de perfusion où la nutrition parentérale relève entièrement des soins en établissement ou à l'hôpital. Il y a donc là aussi des compétences en nutrition. Le groupe dont j'ai parlé est essentiellement au sein des aliments.

**Le président:** Pour ce qui est des suppléments alimentaires, où on croit que certaines entreprises ont affirmé des objectifs erronés, vous avez certainement le pouvoir que vous exercez, de faire retirer certains produits des étagères. Les gens du

## [Texte]

industry is that you, at the same time, remove another product from the shelf, the same material, but one that does not make those claims, where there have been no false claims established. That is a difficult one for us to answer when they challenge us with that one. In other words, what is your justification for removing all of a given product, even though one particular firm does not make a false claim?

• 1035

**Dr. Liston:** I would refer back to the survey we carried out, Mr. Chairman. In it we talked about, for example, ginseng and taheebo and one other product. We were trying to assess what was the general appreciation that this product was associated with curative properties.

You cannot talk about penicillin as a food supplement; people would recognize it as a drug. Is there the same sort of information out there with respect to ginseng, taheebo tea, glucomannan, etc.? That is what we were looking for in the survey, to try to get a sense of that.

When the product has been actively promoted as a drug to those who are inclined to purchase and use health food distribution networks or stores, when they go with the expectation that they are going to get a treatment for a condition, then if that information is provided by manufacturers who do not make the claim on the label but sometimes have a publication that promotes or extols the virtues of whatever happens to be the product, within the one store there might be the promotional material and no claim made on the label for the same product. So there is a separation. This is the manner in which there is a form of information network about the value merit and purpose of a health food product, although the claim is not made on the label.

Therein lies some of the difficulty in a regulatory sense in trying to provide protections to consumers when the label is not always very explicit. So when there is a seizure in one, if it is generally perceived as an anti-cancer agent, sometimes we have found it incumbent upon us to try to remove it in other similar products because we were concerned that everyone would use that product for a major therapeutic benefit.

**The Chairman:** If there are no further questions, I would like to thank Dr. Liston for being with us today.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

## [Traduction]

secteur des aliments naturels disent qu'en même temps vous avez fait retirer d'autres produits de leur tablette bien que pour ces produits il n'y ait pas eu d'affirmations frauduleuses. Nous avons du mal à répondre quand nous sommes mis au défi à cet égard. En d'autre terme, pour quelle raison avez-vous retiré les stocks entiers d'un certain produit, quand on sait que certaines entreprises n'ont rien affirmé outrancièrement?

**Dr Liston:** Je vous demanderais de vous reporter au résultat de l'enquête que nous avons menée. Nous parlons par exemple du ginseng et du taheebo et d'un autre produit. Nous avons essayé d'établir la popularité générale à l'égard de ces produits, en tenant compte de leur vertu médicinale.

On ne peut pas dire que la pénicilline soit un supplément alimentaire car tout le monde la considère comme un médicament. On peut se demander si l'on possède les mêmes renseignements au sujet du ginseng, du taheebo ou du glucomannan. C'est la réponse à cette question que nous essayons d'obtenir par l'enquête.

Nous essayons de déterminer quand le produit a été lancé en annonçant que c'était un médicament à l'intention de ceux qui sont poussés à acheter dans les réseaux ou dans les boutiques de distribution d'aliments naturels. Nous essayons de voir qui se tourne vers ces produits afin de s'en servir comme traitement pour une certaine affection. Nous essayons de voir si les renseignements fournis par les manufacturiers qui passent sous silence sur l'étiquette les vertus du produit mais qui dans un document accompagnant le produit les vantent car dans le magasin il se peut que l'on trouve des documents de promotion que l'on ne signale cependant pas sur l'étiquette. Il y a donc une délimitation. Il y a la possibilité d'une source de renseignements quant à la valeur du produit et à son objectif, bien que la déclaration n'en figure pas sur l'étiquette.

Voilà d'où provient la difficulté du point de vue de la réglementation quand il s'agit de protéger les consommateurs devant une étiquette qui n'est pas toujours très explicite. Quand nous saisissons les produits, on croit en général que c'est un agent anti cancéreux, il est arrivé parfois que l'on nous charge d'essayer de retirer du marché certains autres produits semblables car nous craignons qu'ils soient largement recherchés pour des vertus exceptionnelles.

**Le président:** S'il n'y a pas d'autre questions j'aimerais remercier le Dr Liston de sa présence.

La séance est levée.























*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

---

WITNESS

Tuesday, November 4, 1986:

*From the Department of National Health and Welfare:*

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch.

TÉMOIN

Le mardi 4 novembre 1986:

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

D' A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé.

28  
39

Government  
Publication

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 2

Friday, November 21, 1986

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 2

Le vendredi 21 novembre 1986

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of AIDS and drugs

CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude du SIDA et les drogues

WITNESS:

(See back cover)

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

MEMBRES

Douglas C. Frith  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## MINUTES OF PROCEEDINGS

FRIDAY, NOVEMBER 21, 1986  
(4)

## [Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:23 o'clock a.m., this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Barry Turner.

*Acting members present:* Clément Côté for Gilbert Chartrand, Dan Heap for Howard McCurdy, John Gormley for Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Bob Milko, Research Officer.

*Witness: From the Department of Health, Government of Australia:* Mrs. Ann Kern.

Respecting Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of AIDS and drugs.

Mrs. Ann Kern made an opening statement and answered questions.

At 10:35 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE VENDREDI 21 NOVEMBRE 1986  
(4)

## [Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 23, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Barry Turner.

*Membres suppléants présents:* Clément Côté remplace Gilbert Chartrand; Dan Heap remplace Howard McCurdy; John Gormley remplace Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Bob Milko, attaché de recherche.

*Témoin: Du ministère de la Santé, gouvernement de l'Australie:* M<sup>me</sup> Ann Kern.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, examen du mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude du SIDA et aux drogues.

M<sup>me</sup> Ann Kern fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 10 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Friday, November 21, 1986

• 0928

**The Chairman:** Order, please. Our order of reference is pursuant to Standing Order 96.(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of AIDS and drugs.

I would like to introduce to the committee, from the Department of Health of the Government of Australia, Mrs. Ann Kern, who is the Deputy Secretary in the Australian Department of Health. A deputy secretary is equivalent in our terms here to an associate deputy minister.

Mrs. Kern spent some time in Canada with the PMO here in a country-to-country exchange a few years back so I take it she is not unfamiliar with our snow and she is familiar with our government set-up. I had the occasion to sit with Mrs. Kern at a dinner this week and it was because of our mutual interest in AIDS and the fact that she showed a lot of interest in the need for education and health promotion on AIDS and drug problems that I thought on short notice we should invite her to come to the committee.

I want to thank my colleagues on the committee for coming on short notice. Some of you are here, I know, as representatives of other regular members, and we appreciate your coming.

• 0930

We are delighted to have you here, Mrs. Kern, and we would welcome any opening comments you might have. You can be as nasty with us as you want. We want people to be critical of our situation, if it deserves criticism. We would welcome an opportunity to ask you questions as well. And if we can work in your slides, we would be glad to do that as well.

We normally allow our witness to give an opening statement. If you want to set the stage for what you think we should be hearing about, we would welcome that now.

**Mrs. Ann Kern (Deputy Secretary to the Minister, Health Protection Branch, Department of Health, Government of Australia):** Thank you, Mr. Chairman. It really is a pleasure to be here. As you say, I do know your snow. I love it. I was trying to do a negotiation last night to remain in Ottawa for another month, but I failed.

Why do I not start by telling you a little bit about the background of our AIDS program, how it came into effect,

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le vendredi 21 novembre 1986

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît. Nous allons entendre l'étude de notre ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social relativement à l'étude du SIDA et des drogues.

J'aimerais présenter aux membres du Comité M<sup>me</sup> Ann Kern, du ministère de la Santé du gouvernement australien. M<sup>me</sup> Kern est sous-secrétaire du ministre de la Promotion de la santé. Le poste de sous-secrétaire est l'équivalent en Australie du poste de sous-ministre adjoint ici au Canada.

Il y a quelques années, M<sup>me</sup> Kern est venue passer quelque temps au Canada, pour travailler pour le Cabinet du premier ministre, dans le cadre d'un échange entre les deux pays. Ni la neige ni le fonctionnement du gouvernement canadien ne lui sont donc étrangers. J'ai eu l'occasion de rencontrer M<sup>me</sup> Kern cette semaine lors d'un dîner. Et c'est parce que nous nous intéressons tous les deux au SIDA et parce qu'elle est convaincue du besoin d'instaurer des programmes d'éducation et de promotion de la santé pour lutter contre le SIDA et la toxicomanie que j'ai pensé qu'il serait bon que nous l'invitions, même à bref délai, à comparaître devant le Comité.

Je remercie tous mes collègues d'être venus à la réunion, malgré le court préavis qui leur a été donné. Je sais que certains d'entre vous remplacent des membres réguliers du Comité qui n'ont pas pu venir, et je tiens à vous dire que nous vous sommes reconnaissants de vous être déplacés.

Nous sommes ravis de vous avoir parmi nous, madame Kern, et nous sommes prêts à entendre vos remarques préliminaires, si vous en avez prévu. Vous pouvez être aussi désagréable avec nous que vous le voulez. Nous voulons que les gens critiquent la façon dont les choses se passent ici, si pareilles critiques sont méritées. Nous envisageons également avec plaisir de vous poser des questions. Et s'il y a moyen de nous montrer vos diapositives, nous serons très heureux de les examiner.

En règle générale, nous permettons au témoin que nous entendons de faire une déclaration préliminaire. Si vous voulez donner le ton à la réunion et nous situer un peu le problème, alors nous sommes prêts à vous écouter.

**Mme Ann Kern (sous-secrétaire du ministre, Promotion de la santé, ministère de la Santé, gouvernement australien):** Merci, monsieur le président. Je suis vraiment très heureuse d'être ici. Comme vous le savez, je connais bien la neige canadienne, et j'adore cela. Hier soir, j'ai essayé d'obtenir qu'on prolonge d'un mois mon séjour à Ottawa, mais cela n'a rien donné.

Je me proposais de commencer en vous donnant l'historique du programme australien pour le SIDA. Je pourrai vous

*[Texte]*

what it means in Australia. Then we can move on to a similar sort of presentation on the drugs program.

I do not have any overhead projections or videos for the AIDS program, so you will just have to take my word for all of this. I can of course provide to the committee the documents that I will be referring to. I cannot leave them here at the moment, because I have only one set, and I am told that this afternoon I am likely to be interviewed by the press.

In Australia we have, like most other countries in the world, a considerable concern about the AIDS epidemic. There have been somewhat more than 300 cases. At the end of October there were 322 cases of diagnosed AIDS. Of those, we have had 156 deaths. One of the things that has interested me is why in Australia there is such a high media profile on AIDS as compared to Canada. I was in Ottawa and a number of other cities in Canada in the middle of the year, and in those three weeks I saw only one or two references to the disease in newspapers. That contrasts very much with Australia, where every day by 10 a.m. I have a press clipping on my desk that is usually about an inch thick. This is a run-through of the day's major newspapers as they relate to health in the very broadest perspective.

Within that inch-thick pile of papers there is always at least 10 pages on AIDS. If a particular issue is running, if we have had a conference, the number of pages might run to 20 or 30. But I would be very doubtful if there is ever anything less than 10. The media pick up a lot of material from other countries: the U.S., Europe, the U.K. And of course, we put out a tremendous amount of information ourselves.

We do not disagree with that high profile, given that there is no cure for AIDS and there is no preventive medicine. There is only prevention in terms of public information, a change of personal practices. The government's view is that the more information there is available to all segments of the community, the less likely is the epidemic to escalate within the country.

At this point in time we are very lucky, in that only a very, very small percentage of the cases are in the heterosexual community. But we are ever vigilant against the situation now in effect in the U.S., where, particularly through IV drug abuse and transmission by that mechanism into the prostitute community and thence into the general community, the disease is spreading in the heterosexual community. I think that is our biggest concern.

If I look at the mechanisms that we have used for community education, I suppose if one has to find something good in everything that is bad—that is a personal philosophy of mine—then there would be a couple of things that one would say about AIDS.

*[Traduction]*

expliquer comment il a vu le jour et ce qu'il signifie en Australie, après quoi je pourrai vous faire un exposé semblable au sujet du programme de lutte contre la toxicomanie.

Je n'ai pas de transparents ou de vidéos portant sur le programme de lutte contre le SIDA, alors il vous faudra me croire sur parole. Je pourrai cependant fournir au Comité des exemplaires de tous les documents dont je vais parler. Je ne pourrai pas vous les laisser aujourd'hui même, car je n'en ai qu'un jeu et on me dit que je serai sans doute interviewée par la presse cet après-midi.

En Australie, comme dans la plupart des pays du monde, on est très préoccupés par l'épidémie de SIDA. Chez nous, on a relevé plus de 300 cas. À la fin du mois d'octobre, on avait fait le diagnostic de 322 cas de SIDA. Des 322 personnes, 156 sont mortes. L'une des choses qui m'a frappée, c'est qu'en Australie, on parle beaucoup plus du SIDA dans les médias qu'on ne le fait ici au Canada. Vers le milieu de l'année, je m'étais rendue à Ottawa et dans un certain nombre d'autres villes canadiennes, et pendant ces trois semaines, je n'ai vu dans les journaux qu'un ou deux articles où il était question du SIDA. C'est tout le contraire qui se passe en Australie; tous les jours, dès 10 heures, on m'apporte un cahier de coupures de presse d'une épaisseur d'environ un pouce. J'y trouve tous les articles parus ce jour-là dans les principaux quotidiens et autres et qui traitent de près ou de loin de la santé.

J'y trouve toujours au moins dix pages consacrées au SIDA. Et s'il y a une question en particulier qui est à la une, si par exemple il y a eu une conférence, alors il y aura peut-être 20 ou 30 pages en tout. Mais je doute fort qu'il arrive qu'il y en ait moins de 10. Les médias australiens prennent des documents dans d'autres pays, par exemple aux États-Unis, dans les pays d'Europe et au Royaume-Uni. Et nous diffusons bien sûr nous-mêmes beaucoup de renseignements.

Nous ne nous opposons pas à ce que l'on donne la une à cette maladie, étant donné qu'il n'existe encore ni remède ni soins préventifs. En effet, côté prévention, tout ce que l'on peut faire, c'est renseigner le public et amener les personnes porteuses de la maladie à changer leurs pratiques sexuelles. Le gouvernement croit que plus la population dans son ensemble est bien renseignée, moins il y aura de risques que l'épidémie s'aggrave.

À l'heure actuelle, nous avons beaucoup de chance, si je puis m'exprimer ainsi, car seul un très faible pourcentage des cas de SIDA correspondent à des personnes hétérosexuelles. Nous surveillons cependant les choses de très près pour éviter que l'on ne se retrouve dans la situation que connaissent aujourd'hui les États-Unis, où la chaîne des toxicomanes qui se piquent—prostitués, population générale—a communiqué la maladie à la communauté hétérosexuelle. C'est là ce qui nous inquiète le plus.

Quant aux mécanismes dont nous nous sommes servis pour sensibiliser le grand public, je crois bien que s'il faut trouver le bien qu'enrobe tout le mal, et c'est une philosophie personnelle qui est la mienne, alors on pourrait quand même dire quelques mots sur le SIDA.



## [Text]

The first one is that Australia got out of a tragedy a situation that we were able to use. The tragedy was that in late 1984 we had three babies die of the disease in fairly quick succession in one particular state. They contracted the disease through blood transfusions; in other words, the virus was into our blood supply. That was before the testing agents were available. I think I am right in saying that Australia was the first country to introduce the testing agents right through its blood supply. We had to; we had learned, and there was a lot of fear in the general community.

What those three tragic little deaths did was create an environment where governments were quite confident about talking of a disease that people had not been very confident about talking about. But there were, I think, segments of the Australian population—as in other countries—where the disease was seen perhaps in biblical terms as God's retribution on a practice that was not condoned within society.

But of course once we had three innocent little babies die, the whole situation changed. My recollection is that the third of the babies' deaths was announced late on a Wednesday, that on the following Saturday the Health Ministers from around Australia—that is, the state Health Ministers, with with the federal Health Minister—met in Melbourne with some of the key medical advisers, notably from the National Health and Medical Research Council.

Professor Pennington, from Melbourne University, had taken a lead in AIDS. They structured, then, basically two committees: the first committee was headed by Professor Pennington, and that committee was largely a medical professional committee to advise on the appropriate handling from the professionals' point of view.

But perhaps more significantly in a way, another committee was established at that meeting which is known as the AIDS Advisory Committee. It is headed by a woman—and I think I need to emphasize this—who always is referred to as Miss; Miss Ita Buttrose. For those of you who would like to see it, I have a photograph here of her. She is an extremely attractive, middle-aged woman, who perhaps has been the best communicator with middle-class Australian women. She for many years was the editor of the chief Australian women's magazine, *The Women's Weekly*. She then went on to host her own radio talk-back show, which goes each morning from 8 a.m. until noon. She also has her own television shows.

As I said, she is a very conservative woman, but a very good communicator. When the Minister told me that he had asked her to chair this advisory committee, I have to say that I said to him, "Good heavens, whatever for?". I now believe that it was one of the most crucial acts, in that Miss Buttrose can say things on radio, on television; she can write things that very few other people could say and get away with in a fairly conservative society.

## [Translation]

Tout d'abord, l'Australie a tiré d'une tragédie une situation dont nous avons pu nous servir. Le tragique, c'est que vers la fin de 1984, il y a eu trois bébés morts du SIDA à des dates assez rapprochées, dans un État bien précis. Ces bébés ont contracté la maladie à cause de transfusions sanguines; en d'autres termes, le virus se trouvait déjà dans nos banques de sang. Cela, c'était avant que les tests idoines ne soient disponibles. Je ne crois pas me tromper en disant que l'Australie a été le premier pays à adopter ces tests pour vérifier toutes ses réserves de sang humain. Nous avons dû le faire aussi; nous avions alors appris quelque chose et le grand public s'inquiétait énormément.

Ces trois décès tragiques d'enfants ont créé, donc, une atmosphère où les gouvernements s'inquiétaient moins de parler de cette maladie qui était un sujet dont le grand public s'abstenait. Mais certains secteurs de la population australienne, et c'était pareil ailleurs, croyaient que cette maladie, façon biblique de voir les choses, étaient la sanction voulue par Dieu pour punir cette chose que la société n'approuvait point.

Évidemment, après la mort de ces trois pauvres petits innocents, la situation a changé du tout au tout. Si je me souviens bien, la mort du troisième bébé a été annoncée tard le mercredi et le samedi suivant, les ministres de la Santé de l'Australie, c'est-à-dire les ministres d'État à la Santé de concert avec le ministre fédéral de la Santé, ont rencontré à Melbourne certains des principaux conseillers médicaux en la matière, notamment ceux du ministère de la Santé nationale et du Conseil de recherches médicales.

Le professeur Pennington, de l'Université de Melbourne, avait déjà une longueur d'avance dans l'étude du SIDA. Ils ont alors formé, en gros, deux comités: le premier comité, présidé par le professeur Pennington, était surtout composé de professionnels de la santé et devait donner ses conseils du point de vue des professionnels.

Plus important encore, d'une autre façon, fut l'autre comité créé lors de cette réunion et connu sous le vocable de Comité consultatif sur le SIDA. Ce comité est présidé par une femme que, je le souligne, on appelle toujours mademoiselle; M<sup>lle</sup> Ita Buttrose. Pour ceux d'entre vous que cela peut intéresser, j'ai sa photo ici. C'est une femme d'un certain âge, extrêmement attrayante, qui a peut-être réussi le mieux à communiquer avec les Australiennes de la classe moyenne. Pendant des années, elle a été éditrice de l'importante revue australienne pour les femmes *The Women's Weekly*. Elle est ensuite devenue animatrice de son propre *talk show* à la radio, tous les matins de 8 heures à midi. Elle anime aussi ses propres programmes de télévision.

Comme je l'ai dit, c'est une dame très conservatrice, mais très bonne communicatrice. Quand le ministre m'a dit qu'il lui avait demandé de présider ce comité consultatif, je dois vous avouer que je lui ai demandé tout de go: «Bon dieu, mais qu'est-ce qui vous a pris?» Je crois maintenant que c'était une décision absolument cruciale car M<sup>lle</sup> Buttrose peut dire toutes sortes de choses à la radio et à la télévision; elle peut écrire certaines choses que bien peu d'autres gens pourraient dire ou écrire sans se faire immédiatement traiter de tous les noms dans ce climat social un peu conservateur.

## [Texte]

She is trusted, she is liked, and she certainly is not part of the homosexual community in Australia, although she has now extremely good rapport with them. Initially, I think, they did not trust her. They now believe she is one of their best allies in helping them to help control the disease within their own community.

But more particularly, the general run of Australians who must know about this disease, who must know that to an extent they are all at risk, will accept information from Ita that they would not from other people.

Similarly, a very tragic group in all of this in Australia, of course, has been the haemophiliac group, who are dependent on blood products and who also have suffered in Australia at the time at which the blood supply was contaminated. Ita has been very supportive of that group.

• 0935

We had situations, of course, where particularly young children were somehow tainted with that moral censorship that would apply perhaps to the homosexual community. She has done a tremendous amount to get across to the community that this disease is probably one of the most significant epidemics in modern society, that whatever we might think about the reasons for it being there, none of us can be complacent about it.

So on the national news we hear Miss Buttrose speaking in very explicit terms, Miss Buttrose saying that children must be taught about the disease, that it must be part and parcel of their sex education. There is no way you can get around very explicit terms in describing what it is and how it is transmitted, and when people argue with her, she turns very bluntly and says: I know it is difficult; I have children, too. I do not like talking about these things, but the alternative is to have them contract the disease inadvertently, and if you have met people with AIDS, then I think you would take the courage to talk to children in the terms in which they must be spoken to.

What else do we do? On the straight information line, for many, many months we put out a monthly statement, which is simply a statistical summary of where we stand. We have a number of advisory subcommittees that report to Miss Buttrose on education, on the special groups. They are not standing committees; they are there to do a job and then move on.

For example, at the time we had problems with our blood supply, we had to restrict the blood donors until we had the testing kits. We had to do a very, very large restriction of those who were eligible to give blood. Miss Buttrose worked with a group, largely of women, because the donors in Australia were largely men, and of course, they were the ones at that point who were most at risk. So at that point Miss Buttrose worked

## [Traduction]

On se fie à elle, elle n'est certainement pas du milieu homosexuel de l'Australie, quoiqu'elle s'entende très bien avec eux maintenant. Au tout début, je crois qu'ils ne se fiaient pas du tout à elle. Ils croient maintenant que c'est une de leurs meilleures alliées qui les aide vraiment à lutter contre cette maladie au sein de leur propre petite collectivité.

Cependant, plus particulièrement, l'Australien moyen qui doit quand même en connaître un peu sur cette maladie, qui doit quand même comprendre qu'il court un certain risque, acceptera d'Ita des renseignements qu'il ne permettrait à personne d'autre de lui communiquer.

Un autre groupe, aussi, pour qui les choses tournent au tragique, en Australie, c'est le groupe des hémophiles qui comptent sur le sang humain et ses dérivés et qui ont énormément souffert en Australie pendant cette période où les stocks de sang étaient contaminés. Ita a accordé son plein appui à ce groupe.

Nous avons bien sûr eu des situations où de très jeunes enfants ont souffert de cette censure morale que l'on aurait peut-être appliquée à la communauté homosexuelle. M<sup>lle</sup> Buttrose a beaucoup fait pour faire comprendre à la population que cette maladie représente sans doute l'une des plus graves épidémies de la société contemporaine et que, quoique l'on pense des raisons pour lesquelles cette maladie existe, personne ne peut se permettre d'adopter une attitude complaisante à ce propos.

Aux nouvelles nationales, donc, on entend M<sup>lle</sup> Buttrose parler du problème en employant des termes très explicites, expliquer qu'il faut renseigner les enfants au sujet de la maladie, qu'il faut leur en parler dans le cadre des programmes d'éducation sexuelle. On ne peut qu'utiliser des termes très explicites lorsqu'on décrit la maladie et les différentes façons dont elle peut être transmise, et lorsque les gens lui font des reproches là-dessus elle leur dit tout simplement: je sais que c'est difficile. Moi aussi j'ai des enfants. Je n'aime pas parler de ce genre de chose, mais l'autre solution, c'est risquer que mes enfants contractent cette maladie par inadvertance. Si vous aviez à rencontrer des personnes atteintes du SIDA, alors je pense que cela vous aurait donné le courage de parler à vos enfants en employant les termes qui s'imposent.

Que faire d'autre? Côté renseignements généraux, nous publions depuis de nombreux mois un bilan statistique mensuel de la situation. Il y a par ailleurs plusieurs sous-comités consultatifs qui font rapport à M<sup>lle</sup> Buttrose sur l'éducation, les groupes spéciaux, etc. Il ne s'agit pas de comité permanent. Ces groupes ont un travail à faire et une fois ce travail terminé ils passent à autre chose.

Par exemple, lorsque nous avions des problèmes au niveau de l'approvisionnement en sang, nous avons dû refuser certains donneurs en attendant d'avoir les trousses de tests de dépistage. Nous avons dû faire un tri très sévère parmi toutes les personnes qui pouvaient donner du sang. M<sup>lle</sup> Buttrose a travaillé avec un groupe composé surtout de femmes, car la plupart des donneurs en Australie étaient des hommes, et faisaient donc partie des groupes les plus menacés. M<sup>lle</sup>



## [Text]

with a group of women to encourage a large proportion of women to give blood.

As with the drugs problem that I will talk to you about shortly, AIDS is seen as above politics. So Miss Buttrose and I went to the wife of the Prime Minister, Mrs. Hawke, and to the wife of the then opposition leader, Mrs. Peacock, and said: will you both go on television as part of an advertisement giving blood and asking other women to do the same? Of course they both did. Incidentally, they both get together and hold hands on drug projects as well, issues that are too important not to be bipartisan.

So Miss Buttrose has different groups working. There is a group that works for her on the legal implications at the moment as well. But I think perhaps what she does that is important is to put out information to communities.

I have a little booklet here that was an insert in the *Reader's Digest*. It is a tear-out insert, as you can see, and it simply a blunt, plain English, simple presentation of the AIDS situation in Australia. It is called *A Health Report to the Nation AIDS*, and it goes through the origins of the disease, the statistics, how widely spread it is, who gets it, how it is contracted and transmitted, what the diagnosis and symptoms are, how to care for people with aids, how to talk to children about AIDS, the human rights issues, how it is spread, what one can do to reduce the risk of infection, and where one can get more information. That publication is also available on request.

The reason we use the *Reader's Digest* is that over a long period of time—and when I say “a long period of time”, I mean in terms of the knowledge of this disease—we have provided funds and information to the homosexual community to communicate with their own people. They do so in terms that would be fairly upsetting to many people.

• 0940

As I said to Dr. Halliday the other evening, I remember my very first meeting where some of the material the gay community wished to use was presented and there was a suggestion that the Minister be associated with it. One of my very first steps was to ring his principal private secretary and say that this is fine, we fund them and there is no way at this point in time that he can have any direct association with this material. But he could now. That has been the extent of the change in attitudes.

## [Translation]

Buttrose a donc entrepris de mobiliser un groupe de femmes qui avaient pour rôle d'encourager autant de femmes que possible à donner de leur sang.

Comme c'est le cas du problème de la toxicomanie, dont je vais vous entretenir dans quelques instants, le SIDA est considéré comme quelque chose qui va bien au-delà de considérations d'éthique. M<sup>lle</sup> Buttrose et moi-même sommes allées rencontrer la femme du premier ministre, M<sup>me</sup> Hawke, et la femme du leader de l'opposition d'alors, M<sup>me</sup> Peacock. Nous leur avons demandé si elles seraient toutes les deux prêtes à participer à un spot publicitaire pour la télévision où on les verrait donner du sang et demander à d'autres femmes d'en faire autant. Elles ont bien sûr toutes les deux accepté. Je soulignerais en passant qu'elles s'occupent également ensemble d'un certain nombre de programmes de lutte contre les stupéfiants. Là encore il s'agit d'une cause qui est trop importante pour ne pas être épousée par les deux partis.

M<sup>lle</sup> Buttrose dirige donc un certain nombre de groupes. Il y en a d'ailleurs un qui étudie en ce moment les ramifications juridiques de toutes ces questions. Cependant, ce qu'elle fait peut-être de plus important, c'est diffuser des renseignements au niveau des différentes communautés.

J'ai ici un petit livret qui a été inséré dans le *Reader's Digest*. Comme vous pouvez le constater, c'est un petit livret qu'on pouvait arracher et qui explique dans une langue simple et directe quelle est la situation en Australie relativement au SIDA. Ce livret, qui a pour titre *Health Report to the Nation-Aids*, examine les origines du SIDA, les statistiques, l'incidence de la maladie, les groupes de personnes qui l'attrapent, les différentes façons dont la maladie est contractée et transmise, les techniques de diagnostic et les différents symptômes, les soins à donner aux personnes atteintes, les explications qu'il convient de fournir aux enfants, les questions relatives au droit de la personne, les mesures que l'on peut prendre pour réduire le risque d'infection et les autres sources de renseignement auxquelles on peut faire appel. Cette publication distribuée dans le *Reader's Digest* est également envoyée à quiconque en fait la demande.

Si nous faisons appel au *Reader's Digest* pour distribuer ce genre de chose, c'est que depuis longtemps, et lorsque je dis longtemps, je veux dire longtemps depuis qu'on a identifié cette maladie—nous fournissons fonds et renseignements à la communauté homosexuelle pour que celle-ci puisse bien renseigner les siens. Et elle le fait en utilisant un vocabulaire qui mettrait beaucoup de gens mal à l'aise.

Comme je l'ai dit l'autre soir à M. Halliday, je me souviens de la réunion où l'on nous a pour la toute première fois présenté la documentation que la communauté gaie avait voulu que l'on utilise, et il avait été proposé que le Ministre s'y associe. L'une des premières choses que j'avais faite, c'était appeler le principal secrétaire du Ministre pour lui dire que tout cela c'était très bien, que nous allions assurer une aide financière au groupe, mais qu'il nous était impossible dans les circonstances, de nous associer directement à cette documenta-



[Texte]

I also took some of that material home. I happened to leave it in the kitchen as I went in to take off my coat and there was this great scream from my husband, who asked what on earth this was. I then said to him that when I came back, he could tell me what some of that means.

There really has been a very great change in the two years in those terms. We do, however, still provide information to the homosexual community to produce material that they know will be effective with their own community. Of course, one of the things we have to guard against is a sense of complacency. Our whole aim is to keep the controversy there because to keep knowledge and information, awareness of the disease, at the forefront of the community's mind is about all we can do at the moment.

I think that is probably as much as I would want to say. I have dwelt on that community information provision side, not on the scientific side, because I am not a scientist in this area. I have talked of the area I have been more closely involved in. I will be sending to the committee a recent publication which the department put out about a month ago, *Australia's Response to AIDS*, which does document all that we have done, are doing, and the different processes.

There is a parliamentary liaison group that meets reasonably regularly. It came about as a result of the opposition spokesman approaching the Minister for health, asking whether such a body could be established within the Parliament and there was agreement. The chairpersons of the various committees present to the parliamentary liaison group and when other particular crises arises, we tend to use that liaison group, inform it and if they want to take action, they can. There is a very widespread representation on that group.

The second committee I forgot to mention was an inter-departmental committee on AIDS, which simply brings together the various people working at the Commonwealth level and it certainly does cut across very many departments.

I have not mentioned funding, but I am quite happy to answer questions on that if you would like me to.

**The Chairman:** Mrs. Kern, maybe we can just stop here for a moment. I know that Mr. Turner has to leave by 10 a.m. and he has been a regular member of this committee on AIDS.

Barry, if you want to start off with some questions, we would entertain them now, and then we can move on to the drug part in a few minutes. Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman; and Mrs. Kern, welcome back to Canada. I have a couple

[Traduction]

tion. Or, le Ministre pourrait le faire aujourd'hui. Voilà qui illustre l'évolution de l'attitude des gens.

Mais pour revenir à mon exemple, j'avais à l'époque rapporté certains documents à la maison. Je les avais posés quelque part dans la cuisine et j'étais parti retirer mon manteau. Tout d'un coup, j'ai entendu un gros cri poussé par mon mari, qui se demandait ce que c'était que tout cela. Je lui ai répondu que, lorsque je serais de retour dans la pièce il pourrait m'expliquer la signification de certains termes.

Il y a vraiment eu de très gros changements au cours des dernières années. Quoi qu'il en soit, nous fournissons toujours à la communauté homosexuelle des renseignements qui l'aident à préparer des documents qui, elle le sait, seront efficaces auprès de ses membres. Bien sûr, ce qu'il nous faut éviter à tout prix, c'est la complaisance. Notre but premier c'est de garder toujours présente la controverse, car tout ce que nous pouvons faire à l'heure actuelle c'est maintenir au premier plan, dans la conscience des gens, la maladie et des renseignements au sujet de celle-ci.

C'est je pense tout ce que j'aurais à dire là-dessus. Si j'ai mis l'accent sur la distribution de renseignements au niveau de la communauté et non pas sur l'aspect scientifique de la solution au problème, c'est que je n'ai pas eu de formation scientifique. Je vous ai donc parlé du domaine que je connais et dans lequel je travaille. Je vais cependant envoyer au comité une publication que le ministère a fait paraître il y a environ un mois, qui a pour titre *Australia's Response to AIDS* et qui documente tout ce que nous faisons et avons fait et les différents processus qui ont été mis en oeuvre.

Il y a par ailleurs un groupe de liaison parlementaire qui se rencontre assez régulièrement. Ce groupe a été créé en réponse à la demande, déposée par le porte-parole de l'Opposition devant le ministre de la Santé, qu'un groupe de ce genre soit constitué au sein du Parlement. Les présidents des différents comités font rapport au groupe de liaison parlementaire et, lorsque des crises surviennent, nous faisons en général appel au groupe de liaison que nous renseignons et qui peut prendre des mesures s'il le désire. La composition de ce groupe est très représentative.

Le deuxième comité dont j'ai oublié de faire état, c'est le comité interministériel sur le SIDA, qui regroupe un certain nombre de personnes qui travaillent au sein du Commonwealth et qui a des regroupements avec de nombreux ministères.

Je n'ai pas encore parlé du financement, mais si vous avez des questions à me poser à ce sujet, je me ferai un plaisir d'y répondre.

**Le président:** Madame Kern, nous pourrions peut-être nous arrêter là quelques instants. M. Turner, qui a été un membre assidu du Comité, doit nous quitter à 10 heures.

Barry, si vous avez des questions à poser, vous pourriez peut-être le faire tout de suite, après quoi nous pourrions passer à l'étude de l'autre dossier celui sur la toxicomanie. Allez-y, monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président. Nous sommes enchantés de vous avoir de nouveau

## [Text]

of questions. I was in the U.S., in New York in fact, on Monday, Tuesday, and Wednesday of this week. On Tuesday morning I had the TV on in my hotel room and I was struck by a program, a three-person discussion group on *Good Morning America*, on the AIDS problem. They had an educationalist, a researcher, and a mother of someone who had AIDS on the show, and they were talking about the best way the awareness level be increased within the United States in the educational system. I guess that is the root of the problem—to educate people as to how it is contracted and what it really means.

There was one proponent saying that they have to get right into elementary schools, teach the young people there about sex education and integrate the AIDS epidemic into part of that educational program. Is that something you are doing in Australia?

**Mrs. Kern:** We have done this to varying degrees. The programs I have talked about are national and have a focus up from the secretariat in Canberra working very closely with our state health colleagues.

• 0945

Where education is concerned, that, like most aspects of health, is a state responsibility. Some of the state governments have been reluctant; for example, our Queensland government has been under a fair bit of pressure to keep a very low profile.

I would have to say that where Queensland is concerned, both in the schools, sex education, and working with the homosexual community, things have not been as easy as in other states, that it is perhaps the one state where there has been some political grandstanding on all sides, which is unfortunate in an issue like this. With the other states there is pretty good sex education in the schools. The aim is to introduce AIDS into that sex education.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right.

**Mrs. Kern:** When you start talking in those terms you are talking about pretty explicit sexual practices—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes.

**Mrs. Kern:** —which would not normally be part and parcel of sex education. So it is a gentle, easy-go—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Very delicate.

**Mrs. Kern:** —arrangement. Again, Miss Buttrose has just been very good in developing mechanisms for pushing that. Two weeks ago I heard her on the national news saying in very, very explicit terms what you would have to tell children and that she was quite happy to assist the educational authori-

## [Translation]

au Canada, madame Kern. J'aimerais vous poser quelques questions. J'ai passé lundi, mardi et mercredi de cette semaine aux États-Unis, plus particulièrement à New York. Le mardi matin, j'ai allumé la télévision dans ma chambre d'hôtel. C'était l'émission *Good Morning America* qui passait, et j'ai été tout surpris de voir qu'on y présentait une discussion de groupe sur le problème du SIDA. Ils étaient trois, notamment un éducateur, un chercheur et la mère de quelqu'un qui était atteint du SIDA, et ils parlaient des mesures qu'il conviendrait d'étendre au sein du système éducatif américain pour davantage sensibiliser la population au problème. J'imagine que c'est là la solution: il faut éduquer les gens, leur faire comprendre comment cette maladie est contractée et ce qu'elle est au juste.

L'un des intervenants disait qu'est-ce qu'il faudrait faire, c'est intervenir dès l'école élémentaire, donner aux jeunes des cours d'éducation sexuelle et intégrer les renseignements sur l'épidémie du SIDA. S'agit-il là de quelque chose que vous faites déjà en Australie?

**Mme Kern:** Nous avons fait cela à des degrés différents. Les programmes dont je viens de vous parler sont des programmes nationaux qui émanent du secrétariat à Canberra, qui travaille très étroitement avec nos collègues responsables de la santé dans les différents États.

En ce qui concerne l'éducation, il s'agit là, comme c'est le cas de la plupart des questions en matière de santé, d'une responsabilité de l'État. Certains des gouvernements des États ont été hésitants. Celui du *Queensland*, par exemple, qui subit des pressions importantes exercées par des groupes qui aimeraient qu'il se tienne coi.

J'aimerais dire qu'en ce qui concerne le *Queensland*, les choses n'y auront pas été aussi faciles que dans d'autres États relativement aux programmes dans les écoles, à l'éducation sexuelle et aux rapports avec la communauté homosexuelle. C'est peut-être le seul État où tous les partis politiques ont essayé de récupérer toute cette question à leur avantage, et cela est fort malheureux vu la nature du problème. En ce qui concerne les autres États, les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles sont assez bons. Le but visé, c'est de couvrir la question du SIDA dans le cadre de ces programmes éducatifs.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très bien.

**Mme Kern:** Mais lorsque l'on doit aborder ce genre de choses, il faut parler d'un certain nombre de pratiques sexuelles assez explicites . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui.

**Mme Kern:** . . . pratiques sexuelles dont l'on ne ferait normalement pas état dans le cadre de programmes d'éducation sexuelle. Il s'agit donc d'un arrangement assez souple . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très délicat.

**Mme Kern:** . . . très ouvert. Là encore, M<sup>lle</sup> Buttrose a été formidable et elle a élaboré des mécanismes qui facilitent les choses. Il y a deux semaines, je l'ai entendue aux nouvelles nationales et elle expliquait, en utilisant des termes extrêmement explicites, ce qu'il faudrait dire aux enfants. Elle a par



## [Texte]

ties in going that far in terms of explicit information both by word of mouth and by diagrams.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right. The other way to resolve some of the problem I guess is to enhance research on it and spend money to do that. I wonder what kinds of co-operative efforts are taking place between the federal government and Australia, state governments, and co-operating with the United Kingdom, Canada, the United States, on sharing research results and making sure that we all are working towards the same end in exchanging information. Is that happening?

**Mrs. Kern:** On the international level, certainly where we are concerned, and the United States, we have just had wonderful support from the United States. Every few months, it seems to me, we have one of the really top experts from the United States visiting Australia and working with us. They are particularly interested to work with us. I have heard quite a number of them say that if they had been able to pick the disease at the stage we were able to, to take the action we were able to, that concerted Commonwealth and state action, then they do not believe they would have the problem that they have today. Of course one of the reasons why we have been able to take the action we have taken was because we were able to learn from the United States, which was that step ahead of us.

At the moment, for example, the incidence of antibody positive people within, say, a prostitute community is not nearly as high as in the United States. That in itself is an interesting factor, and the United States are interested in (a) studying that and (b) helping us to keep it that way.

I would have to say that the prostitute collectives have been very, very helpful in Australia in terms of working with both the medical-professional group and with Miss Buttrose.

Apart from the United States, and to an extent, I suppose, the French and the United Kingdom... Certainly Prof. Pennington has an international reputation in the area he has been working in. He has good contacts and good personal rapport. But in a more organized international framework I think there is a need, and, as Dr. Halliday would know, Dr. Mahler, the Director General of the World Health Organization, who has been in Ottawa in the last few days, has indeed approached me during those days to ask if in fact WHO and Australia could sort of work together in getting a better international exchange through WHO. I know in my discussions over the last couple of evenings with the Minister that he would be more than happy to have such an invitation issued to Australia. In doing so, I think one would have to recognize that we would be working very closely with the United States anyway, because they are the ones we have worked with the most.

## [Traduction]

ailleurs déclaré qu'elle serait très heureuse d'aider les autorités en matière d'éducation à repousser encore plus loin les limites pour ce qui est du caractère explicite des renseignements qu'il faudrait donner aux enfants, à l'aide d'exposés oraux et de diagrammes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord. L'autre façon de résoudre au moins une partie du problème serait de mettre davantage l'accent sur la recherche et d'y consacrer plus d'argent. Quels genres d'efforts de coopération et de partage de renseignements se font à l'heure actuelle entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des différents États australiens et les gouvernements du Royaume-Uni, du Canada et des États-Unis? Y a-t-il déjà partage de renseignements et de résultats de travaux de recherche entre ces différents pays?

**Mme Kern:** À l'échelle internationale, l'appui qui nous a été donné par les États-Unis est absolument formidable. Il me semble que tous les quelques mois l'un des grands experts américains se rend en Australie pour travailler avec nous. Les spécialistes américains sont très intéressés à travailler à nos côtés. Nombre d'entre eux m'ont déjà dit que, s'ils avaient pu, comme nous, prendre des mesures assez rapidement et intervenir à l'étape où nous et les autres États du *Commonwealth* avons pu le faire, alors le problème du SIDA ne serait pas aussi grave chez eux qu'il ne l'est à l'heure actuelle. Mais justement l'une des raisons pour lesquelles nous avons pu prendre les mesures que nous avons prises, c'est que nous avons pu nous appuyer sur l'expérience américaine, et l'épidémie avait déjà franchie une étape de plus aux États-Unis.

À l'heure actuelle, le nombre de prostituées chez qui on a décelé l'anticorps est beaucoup plus faible en Australie qu'il ne l'est aux États-Unis. C'est déjà là un élément intéressant, et les États-Unis veulent premièrement étudier de plus près le phénomène et, deuxièmement, nous aider à contenir le problème.

J'aimerais souligner qu'en Australie les groupes de prostituées nous ont beaucoup aidé en travaillant conjointement avec les médecins et M<sup>lle</sup> Buttrose.

À l'exception des États-Unis, dans une certaine mesure, de la France et du Royaume-Uni... Le Pr Pennington a une réputation internationale bien assise dans le domaine où il travaille. Il a de bons contacts et d'excellents rapports personnels. Quoi qu'il en soit, il importe d'instaurer un cadre international mieux organisé et, comme le sait sans doute M. Halliday, le Dr Mahler, le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, qui est à Ottawa depuis quelques jours, m'a rencontrée pour me demander s'il ne serait pas possible pour l'Australie et l'OMS de travailler plus étroitement ensemble en vue de favoriser de meilleurs échanges internationaux. Il est clairement ressorti des discussions que j'ai eues au cours des dernières soirées avec le ministre qu'il serait très heureux de prendre les mesures nécessaires pour que pareille invitation soit lancée à l'Australie. Dans le cadre de pareille initiative, il faudrait je pense reconnaître qu'il nous faudrait de toute façon travailler très étroitement avec les États-Unis, car c'est avec eux que nous aurons jusqu'ici travaillé le plus.



[Text]

[Translation]

• 0950

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right. Just if I may, Mr. Chairman, one last quick question. To come back briefly to the schools, what age category are you talking of in terms of penetration levels of education? Are we talking 8, 9, 10-year olds? That is part of the question.

The other part is: In some of the states in the United States, I think they are considering—in fact, Texas may already have passed—some legislation that forbids known AIDS carriers from getting involved in certain activities. I am not sure they have introduced it yet, but it would disallow a school child of 10 or 12 or 13 from going to school. Is that an issue?

**Mrs. Kern:** It has been an issue in Australia.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** In other words, isolate these people from society.

**Mrs. Kern:** It has been an issue in Australia. Very early on, there was a pre-school child who was diagnosed as antibody positive. I think, perhaps unfortunately, the case got a lot of publicity. The health authorities and the school authorities would not exclude the child from school. I have since heard that in this particular state, the Chief Medical Officer of the State was asked explicitly if would he ban a child from school. I cannot remember the exact words, but the gist of what he said was that so long as the child was not physically ill and did not have any unusual behavioural problems, then the child would go to school. There has been this issue, of course, of young children biting, and that was in fact one of the issues with the pre-school child.

Where that pre-school child was concerned, there were instances of parents withdrawing their children from the school, but the health authorities are quite adamant that so long as the child is not at that point physically ill and does not have any unusual characteristics, then there is no reason why that child should not be in school. It is a very sensitive issue.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I appreciate that it is. I think it is going to become one here shortly, also.

The first part of my question is the age of children. When we speak of school children, are we talking of your educational programs reaching elementary schools or secondary schools or all of them?

**Mrs. Kern:** Again, it varies from state to state. I do not have those details, but some of the states do in fact start the sex education at a very young age. In fact, I think from the health promotion aspect, we would like all of health promotion started as early as possible as part of the schooling, and this health promotion must include that whole lifestyle which includes sex education, and into that would slot AIDS.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord. Une dernière petite question, si vous me le permettez, monsieur le président. Pour en revenir aux écoles, quel âge auraient les plus jeunes enfants auprès desquels vous aimeriez intervenir dans le cadre des programmes scolaires? S'agirait-il d'enfants âgés de huit, neuf ou dix ans? Voilà pour la première partie de ma question.

Deuxièmement, dans certains États américains, on envisage—et le Texas a peut-être déjà adopté quelque chose à cet effet—des lois qui interdiraient aux personnes porteuses du SIDA de participer à certaines activités. J'ignore si l'on a déjà déposé des projets de loi dans ce sens, mais si ce genre de mesures étaient prises, on pourrait interdire à un enfant de 10, 12 ou 13 ans d'aller à l'école. Qu'en dites-vous?

**Mme Kern:** C'est une question sur laquelle on se penche en Australie.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Cela reviendrait à isoler ces personnes de la société.

**Mme Kern:** C'est une question qui a été soulevée en Australie. Au tout début, je me souviens qu'il y avait un enfant d'âge préscolaire chez qui l'on avait décelé l'anticorps concerné. Je pense, et c'est peut-être malheureux, qu'il y a eu beaucoup de publicité autour de cela. Les responsables des services de santé et les autorités scolaires ne voulaient pas exclure l'enfant de l'école. On me dit que, depuis, on a demandé à l'agent médical en chef de l'État s'il interdirait à un enfant l'accès à une école. Je ne me souviens pas des mots exacts qu'il a employés, mais ce qu'il a répondu, grosso modo, c'est que, dans la mesure où l'enfant n'était pas malade et n'avait pas de problèmes de comportement anormaux, alors il pourrait aller à l'école. Il y a bien sûr eu toute cette question des jeunes enfants qui peuvent se mordre entre eux, et il en a justement été question dans le cas de ce jeune enfant.

Certains parents avaient voulu retirer leurs enfants de l'école, mais les responsables des services de santé ont maintenu que, tant que l'enfant porteur n'est pas malade physiquement et ne présente pas de caractéristiques qui sortent de l'ordinaire, alors il n'y a aucune raison pour laquelle il ne devrait pas pouvoir aller à l'école comme les autres. C'est une question très épineuse.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je comprends cela, et je pense qu'elle va très vite le devenir ici aussi.

La première partie de ma question portait sur l'âge des enfants visés. Ces programmes d'éducation sexuelle dont vous parlez visent-ils les écoles élémentaires ou les écoles secondaires, ou bien l'ensemble des établissements scolaires?

**Mme Kern:** Là encore, cela varie d'un État à un autre. Je ne pourrais pas vous donner les détails là-dessus, mais dans certains États l'éducation sexuelle commence dans les toutes petites classes. Nous aimerions quant à nous que des programmes de promotion de la santé soient intégrés dès les petites classes, et ces programmes devraient traiter entre autres de toute la question des styles de vie, ce qui ferait intervenir l'éducation sexuelle et le SIDA.

[Texte]

My guess is to talk to a 10-year-old about some of the sexual practices that are involved in transmitting AIDS would not be terribly conducive to prevention. My guess is the children would not understand a lot of that anyway. It is a matter of setting the scene so that at an appropriate point in time one can introduce those fairly controversial issues in a way that a child is able to cope with them.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Mr. Gormley and Mr. Heap.

**Mr. Gormley:** Thank you, Mr. Chairman. I too would like to welcome you, Mrs. Kern. Perhaps I am exhibiting an ignorance of AIDS, not only in your country but in mine, but is there a numerical relationship or a percentage relationship between the number of antibody positive AIDS carriers and AIDS victims? Is there a fraction? If you have 400 or 500 AIDS cases, is it likely you will have 10,000 antibody positives?

**Mrs. Kern:** You would need to discuss that with the experts and their answers would all vary. There are some who put a very high projection as to the likely cases, say, by the year 1990.

One of the interesting things about the disease is that it seems to be changing. In fact, the projections that we had much earlier on are not coming to pass. Even looking at the fatality rate, if you just look at the deaths as compared to the number of cases, then that needs to be taken with some care.

• 0955

I remember in the middle of the year when I was in the U.S., a full-page article in one of the major newspapers—I cannot remember which one it was, but it was one of the really reputable newspapers—showed the fatality rate, and they showed it by six months from the point at which the disease had first been identified. Of course, going back the three or four years, you have 100% death rate and then you move down. If we take our latest 6 months in Australia, we have a 20% death rate of those who were diagnosed. I think that is terribly misleading information to publish, because to a person who does not understand the statistics they are saying the chances of survival are getting better, when of course they are not; it is a factor of time.

Certainly in terms of the counselling that is done in Australia, where if you are antibody-positive you have to be very careful about your own practices, and you have to be very careful about your own disease . . . But there is not much point in writing your will now because you are going to be dead in some months, because that is not necessarily the case.

[Traduction]

En ce qui me concerne, je ne pense pas que l'on ferait avancer de beaucoup la cause de la prévention en expliquant à un enfant de dix ans certaines des pratiques sexuelles qui interviennent dans la transmission du SIDA. D'après moi, les enfants de cet âge-là n'y comprendraient pas grand-chose de toute façon. Il s'agirait plutôt de donner un cadre et une préparation adéquate afin que l'on puisse, plus tard, à un moment opportun, aborder ces questions controversées de façon à ce que les enfants puissent les comprendre.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** Merci, monsieur Turner. La parole est maintenant à M. Gormley, suivi de M. Heap.

**M. Gormley:** Merci, monsieur le président. J'aimerais moi aussi vous souhaiter la bienvenue parmi nous, madame Kern. Ma question sera peut-être une preuve de mon ignorance relativement au SIDA, et c'est non seulement dans le contexte australien mais également dans le contexte canadien, mais je vais vous la poser quand même: existe-t-il une relation numérique ou proportionnelle entre le nombre de personnes qui ont l'anticorps et le nombre de personnes qui sont victimes du SIDA? Par exemple, si vous décelez 400 ou 500 cas de SIDA, cela signifie-t-il qu'il y a 10,000 personnes chez qui l'anticorps est présent?

**Mme Kern:** Il vous faudrait discuter de cela avec les experts, et ils auraient chacun une réponse différente. Certains spécialistes font des projections très élevées quant à l'incidence que cette maladie atteindra d'ici 1990.

L'une des choses intéressantes au sujet de cette maladie c'est qu'elle semble changer. D'ailleurs, les projections qui avaient été faites au tout début ne se sont pas réalisées. Même le taux de mortalité, c'est-à-dire le nombre de personnes qui sont mortes du SIDA par rapport au nombre de personnes atteintes par la maladie, semble avoir suivi une courbe différente.

Je me souviens que, vers le milieu de l'année, alors que j'étais aux États-Unis, l'un des importants journaux—je ne sais plus lequel, mais c'était un journal très réputé—avait fait paraître un article sur le taux de mortalité. On y donnait le taux de mortalité par tranche de six mois depuis l'identification de la maladie. Il y a trois ou quatre ans, le taux de mortalité était de 100 p. 100, mais il a fléchi depuis. En Australie, pour les six derniers mois, le taux de mortalité a été de 20 p. 100 pour les personnes chez qui l'on a décelé la maladie. Mais je pense qu'il est très trompeur de publier ce genre de renseignement, car quelqu'un qui ne comprend pas les statistiques se dira que les chances de survivre sont en train de s'améliorer, alors que n'est pas du tout le cas. C'est une question de temps.

Pour ce qui est des services de conseils et d'encadrement qui sont assurés en Australie, on dit aux personnes chez qui on a trouvé l'anticorps concerné qu'il leur faut vivre leur sexualité d'une certaine façon et qu'il leur faut prendre certaines mesures . . . mais on ne va pas leur dire qu'il leur faut tout de suite écrire leur testament parce qu'elles vont mourir dans quelques mois, car ce ne sera pas forcément le cas.



[Text]

**Mr. Gormley:** A question of financial commitment on behalf of the government: is the greater proportion of money—and maybe if you could share some figures with us—going to scientific research, or the health-promotion area?

**Mrs. Kern:** We need to understand the financing system in health in Australia. If a person has an illness and has to get medical attention or has to be admitted to a hospital, then that person's health costs will be picked up under medicare and they will not be identifiable—and the costs involved in looking after a terminal AIDS case are very, very significant indeed. So I cannot give you those, but those are the ones that worry us in terms of the costs.

Very early on, in 1984-85, which was just a six-month period . . . As I mentioned to you, those three cases . . . In late 1984 the health ministers met. In that year, I think the federal government directly, indentifiably, spent about \$3.5 million, largely on the education area. In 1985-86, we went closer to \$6 million, and this year, all up, we are going closer to \$10 million, just in the identifiable. That covers a huge range of areas: community awareness and education, counselling, laboratory screening for the antibody tests, diagnostic and treatment programs, community support services.

If I could just stop there for one second, on community support, again, one of the positives about AIDS, and I think we must train ourselves to look for positives . . . In the 1970s, I was involved in writing Australia's Community Health Program, and we all talked a lot about community support and getting back to that village notion of the community looking after its ill. We wrote a lot of words, we said a lot, and we put a lot of money in it, and I do not think we really achieved a great deal. But my goodness, the homosexual community has taught us a lot.

In Australia they have been quite remarkable in the extent to which they have, without any words from us, just done what we were talking about. If one of their people wants to die at home, they roster to provide a 24-hour service to the person, they bring in the medical and nursing services, etc. I think one can only have tremendous admiration for the way in which they are doing that. Of course, most AIDS victims die in hospital. Where they choose not to, this community support is quite remarkable. I am told that in parts of the U.S. that is the case. In other parts, notably in New York, I am told it is not, that the community is not nearly as supportive.

There are two aspects of research and evaluation. One is the high-cost clinical, and there we are putting in several millions of dollars. We are also putting money into the program-

[Translation]

**M. Gormley:** Une question au sujet des engagements financiers du gouvernement. Le gros de l'argent—et vous pourriez peut-être nous fournir quelques chiffres—est-il consacré à la recherche scientifique ou bien à la promotion de la santé?

**Mme Kern:** Il faudra d'abord que je vous explique comment fonctionne le système de financement en ce qui concerne les services de santé en Australie. Si une personne est malade et qu'elle doit être soignée par un médecin ou hospitalisée, alors les frais que cela suppose seront payés par le régime d'assurance-maladie, mais ils ne seront pas identifiés sous une rubrique ou une autre . . . Et les soins que supposent le SIDA en phase terminale sont extrêmement élevés. Je ne peux donc pas vous fournir ces chiffres, mais ce sont eux qui nous créent le plus de soucis.

Très tôt, en 1984-1985, et il s'agissait d'une période de six mois . . . Comme je vous l'ai dit, ces trois cas . . . Les différents ministres responsables de la santé se sont réunis vers la fin de l'année 1984. Pendant cette année-là, il me semble que le gouvernement fédéral a consacré environ 3,5 millions de dollars à l'aspect éducation. En 1985-1986, le budget pour cette même rubrique a frôlé les 6 millions de dollars, et cette année, il atteindra près de 10 millions de dollars; il ne s'agit là que des coûts directement identifiables. Cela regroupe beaucoup de choses: les programmes d'éducation et de sensibilisation communautaire, les services de conseils, les tests de dépistage de l'anticorps en laboratoire, les programmes de diagnostic et de traitement et les services d'appui communautaire.

Si vous me le permettez, j'aimerais m'attarder quelques instants sur la question de l'appui communautaire. Là encore, l'un des aspects positifs du SIDA, et je pense que nous devons nous efforcer d'y voir ce qu'il y a de positif . . . Dans les années 1970, j'ai participé à la rédaction du programme australien de santé communautaire, et nous avions à l'époque beaucoup discuté de l'appui communautaire et de l'idée de retourner au système des villages qui s'occupaient autrefois de leurs propres malades. Nous avons beaucoup parlé, beaucoup écrit et beaucoup dépensé, mais je ne pense pas que cela ait vraiment donné grand-chose. Cependant, et je tiens à le souligner, la communauté homosexuelle nous a énormément appris.

En Australie, la communauté gaie a été tout à fait remarquable dans la mesure où, sans qu'on lui en ait dit mot, elle a justement fait ce dont nous avions parlé. Si un des siens veut passer ses derniers jours chez lui, elle s'organise pour lui assurer, 24 heures sur 24, des services médicaux, la présence d'une infirmière, etc. On ne peut qu'éprouver de l'admiration face à ce qu'ils font. Évidemment, la plupart des victimes du SIDA meurent à l'hôpital, mais lorsqu'elles choisissent de finir leur jour chez elles, l'appui de la communauté gaie est absolument remarquable. On me dit que c'est comme cela que les choses se passent dans certaines régions des États-Unis. Ailleurs, surtout à New York, il semblerait que ce ne soit pas le cas, que la communauté soit beaucoup plus paresseuse.

La recherche et l'évaluation se divisent en deux. Il y a, d'une part, les travaux cliniques qui coûtent très cher, et auxquels nous consacrons plusieurs millions de dollars. Nous consacrons



## [Texte]

research side to look at what is the best way to handle the situation. I think in overall terms, one would say the funds are split pretty much on two-thirds to the education servicing and one-third to the research. It is a little difficult to do, because some of the research is funded through different votes. The National Health and Medical Research Council is funding some directly as well. What I have in front of me here is the straight identified money for AIDS.

• 1000

**Mr. Gormley:** So we are dealing with about 10 million federal dollars.

**Mrs. Kern:** Yes.

**Mr. Gormley:** Is there a form of matching or cost-sharing that is being undertaken with any of the states?

**Mrs. Kern:** Yes, the states would pick up the vast majority of the cost related to the service provision. In some instances, we have suggested that they match, but it is not a direct one for one. We renew our medicare agreements with the states in 1988, and at that point we would assume that this program was an identified program and therefore would then be their responsibility.

It was just an area in 1984 that had not been budgeted for, you see. We did not know about it. Half-way through 1984, the scene changed. None of the budgets had provisions, so it was a matter of injecting new money in there. To keep up that high public profile, I think the federal government agreed that it was better to keep it as identified for the moment.

**Mr. Gormley:** Thank you, Mrs. Kern.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Gormley. Mr. Heap, have you some questions? *M. Côté, si vous voulez.*

**Mr. Heap:** Yes. I apologize; I had to leave for a few minutes. The only question I have is one you have perhaps dealt with. You referred to the community groups. One of the ongoing discussions here—on which I am not an expert, because I am not the regular member of the committee—concerns government funding to support groups. Being from Toronto, I have in mind the AIDS Committee of Toronto. Can you comment on funding to support groups? What principles do you think are appropriate for delegating some of the prevention and, I guess, palliative care to support groups with government funding?

**Mrs. Kern:** It is a very difficult question, although I think it is less difficult now in Australia with the exception of one state. Certainly early on there was a lot of nervousness about providing funds to the homosexual community in particular. However, there is no doubt in our terms that it is a better and more appropriate form of care to get the community to look after its own. It has been a matter of gradually changing attitudes.

I think the whole philosophy in Australia in terms of health care provision across the board is to keep people out of hospital

## [Traduction]

également de l'argent à la recherche sur les programmes, et ce, dans le but de voir quels seraient les meilleurs moyens de cerner le problème. Dans l'ensemble, on peut dire que deux tiers des fonds vont à l'éducation et l'autre tiers à la recherche. C'est difficile d'en donner un pourcentage exact, car les fonds destinés à la recherche proviennent en partie de différents crédits. Une partie provient du Conseil national de la recherche médicale. Ce que j'ai devant moi, ce sont les crédits affectés au SIDA.

**M. Gormley:** C'est donc 10 millions de dollars en provenance du fédéral?

**Mme Kern:** C'est exact.

**M. Gormley:** Y a-t-il des États qui fournissent des fonds équivalents ou qui assument une partie des frais?

**Mme Kern:** Oui, les États assumeraient la majeure partie des frais liés aux services. Dans certains cas, nous avons proposé des subventions équivalentes, mais non pas identiques. Les accords médicaux conclus avec les États seront renouvelés en 1988, mais j'imagine qu'à ce moment-là, le programme aura été identifié et relèvera de leur compétence.

On n'avait rien prévu pour cela dans le budget de 1984. On ignorait l'existence du problème. Au milieu de 1984, toutefois, la situation a changé. Étant donné que les crédits étaient inexistants, il a fallu trouver de nouveaux fonds. Afin de sensibiliser le public à ce problème, le gouvernement fédéral a convenu qu'il valait mieux le considérer comme non identifié pour l'instant.

**M. Gormley:** Merci, madame Kern.

**Le président:** Merci, monsieur Gormley. Monsieur Heap, vous avez des questions à poser? *Mr. Côté, if you wish.*

**M. Heap:** Bon. Pardon, mais j'ai dû partir pour quelques minutes. Vous avez déjà peut-être répondu à la seule question que je veux poser. Vous avez parlé des groupements communautaires. L'un des points en délibération ici—pour lequel je n'ai aucune expertise, car je ne siège pas régulièrement au comité—a trait au financement des groupes de soutien par le gouvernement. Étant de Toronto, j'ai à l'esprit le Comité SIDA de Toronto. Que pensez-vous du financement des groupes de soutien? Selon quel principe, selon vous, devrait-on déléguer à certains groupes de soutien financés par le gouvernement, les mesures de prévention et, j'imagine, les traitements palliatifs?

**Mme Kern:** La question est fort délicate, mais elle l'est moins en ce moment en Australie, à l'exception d'un seul État. Certes, au départ, on s'est interrogé sur l'opportunité de fournir des fonds à la collectivité homosexuelle. À notre avis, toutefois, il vaut beaucoup mieux que ce soit la collectivité elle-même qui s'occupe de ses malades. Il faut dire que la mentalité a évolué peu à peu sur cette question.

Je dirais qu'en Australie, pour ce qui est des soins médicaux, on s'oppose en général à l'hospitalisation, non seulement parce

## [Text]

as much as possible, not only because it is undoubtedly the most expensive form of care, but also it is often not the most appropriate form of care. Also, local community groups are encouraged to look after those in need, whether they are handicapped or AIDS victims. We would put a lot of departmental human resources simply into developing a strong community group, providing guidelines on handling public money, and then assisting them to get on with it as far as possible in an independent way. Certainly that is the way we have worked in this area.

To look at other groups in the community, we did provide very early on some financial assistance to the haemophilic society to get itself nationally incorporated, because numerically, it is not large, like most of the groups we are dealing with here, and the government is better served by a non-government organization talking to its own clients than by government talking in a paternalistic fashion. There is no question in our mind that this is the way to go. I think the only area where it has been a problem really is in Queensland, where the government is not anxious to recognize the homosexual community.

**Mr. Heap:** For example, at the parish church I attend in Toronto, the parish community is undertaking to help establish a hostel for AIDS victims. I do not know the details of the project, but I know some parish money is going into it. The parishoners, of course, are in the majority not homosexuals, haemophiliacs, or prostitutes. This is not a specific community considered to be especially at risk, but some members of the parish may be. One died. Is it appropriate to promote funding towards sort of more general community groups like that?

• 1005

**Mrs. Kern:** I think it is most appropriate for a number of reasons, not least of all that it is splendid in breaking down negative community attitudes. I am not aware of similar funding in Australia, but that is not to say that it does not exist. Working through the state, I know that Mother Teresa in New South Wales will be establishing a hostel for AIDS victims as well, and that is done through the Catholic church. But I think it is done a little bit more formally than we are talking about in your instance, in that it is done through the state government.

**Mr. Heap:** I see. Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Heap.

Just before I move on to the drug issue, Mrs. Kern, the researcher for our committee, Mr. Milko, wonders whether either your federal or state governments is spending any money for public advertising or public promotion on radio or TV regarding this problem.

**Mrs. Kern:** Yes. Certainly earlier on, where the blood supply was concerned, we did a lot of advertising there. Again, Miss

## [Translation]

que c'est la forme de soins la plus coûteuse, mais aussi parce que bien souvent ce n'est pas celle qui convient la mieux. En outre, on encourage les groupements communautaires locaux à s'occuper des personnes dans le besoin, qu'elles soient handicapées ou victimes du SIDA. Nous recourons aux ressources humaines des ministères pour mettre sur pied un groupement communautaire fort, pour établir des directives quant à l'usage des fonds publics et pour aider les groupements à devenir de plus en plus autonomes. C'est exactement ce que nous avons fait dans ce domaine.

Quant aux autres groupements communautaires, nous avons au départ fourni une aide financière à une société hémophile pour qu'elle puisse obtenir une charte nationale, car, numériquement parlant, ce n'est pas un gros groupe, tout comme la plupart des autres groupes dont nous parlons, de sorte que le gouvernement est beaucoup mieux servi par une organisation non gouvernementale ayant sa clientèle propre que par un organisme bureaucratique exerçant son action de façon paternaliste. Il ne fait aucun doute pour nous que c'est la seule façon d'agir. La seule région où des difficultés ont surgi, en fait, c'est au *Queensland*, dont le gouvernement ne semble pas désireux d'avouer l'existence d'une collectivité homosexuelle.

**M. Heap:** À titre d'exemple, à l'église où je vais à Toronto, un groupe paroissial a offert son concours pour l'établissement d'un hôtel destiné aux victimes du SIDA. Je n'ai pas de détails à ce sujet, mais je sais que la paroisse y contribue dans une certaine mesure. Bien sûr, la majorité des paroissiens ne sont ni homosexuels, ni hémophiles, ni prostitués. Il ne s'agit pas vraiment d'un groupe exposé, bien que certains paroissiens le soient—surtout qu'il y en a un qui est mort. Pensez-vous qu'il convient d'encourager le versement de fonds à des groupes communautaires sans mission particulière comme celui-là?

**Mme Kern:** Je pense que c'est tout à fait approprié pour plusieurs raisons, entre autres—et c'est peut-être l'une des plus importantes—parce que cela permet d'éliminer certaines attitudes très négatives qui peuvent exister dans une collectivité donnée. Je ne suis pas au courant d'un programme de financement pareil en Australie, mais je ne voudrais pas non plus prétendre que cela n'existe pas. En collaboration avec l'État, mère Thérèse va établir un hospice pour les victimes du SIDA en Nouvelles-Galles du Sud, et ce, par l'entremise de l'Église catholique. Mais je crois qu'il existe un mécanisme plus formel pour le genre de financement dont vous parlez, c'est-à-dire que cela passe par le gouvernement de l'État.

**M. Heap:** Ah, bon. Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur Heap.

Avant que nous passions à la question des stupéfiants, l'attaché de recherche qui travaille pour notre Comité, M. Milko, se demandait, M<sup>me</sup> Kern, si le gouvernement fédéral ou les gouvernements des divers États financent des campagnes publicitaires à la radio ou à la télévision afin de renseigner le public sur ce problème.

**Mme Kern:** Oui. Nous avons fait énormément de publicité là-dessus surtout au moment où nous nous sommes rendu



## [Texte]

Buttrose donated her own time. And if Ita says it, a woman will go and give blood. That is the beauty of it. In terms of community education, one of the documents I have here that she is currently working on is a national education strategy for AIDS, and she is currently in the process of producing some material that will be available for use on television.

**Mr. Bob Milko (Researcher for the Committee):** In these time spots, say on TV or radio, is there anything to indicate to the public that there is specific information available from the government or community and would give addresses or telephone numbers so they could call or write in?

**Mrs. Kern:** Constantly we do that, sometimes through advertisements, mainly in newsprint, where we provide the advice. In terms of the little booklet that was the insert in the *Reader's Digest*, the back page is all contacts for further information, and we have in each state and territory the numbers. At the bottom it simply says that by approaching the Department of Health you can get as many free copies of this for distribution as you would want. That tends to be the sort of approach. Again, if any of us is doing media work, we tend to say that if you want material you can get it by calling this number, or here is a list of numbers, and we are constantly publicizing those.

**The Chairman:** Thank you very much, Mrs. Kern.

Now we will move on to the drug scene. I know you have to get away by 10.30 a.m., Mrs. Kern, and I know Mr. Gormley has to leave by 10.15 a.m. I would like to be flexible here, and if any members of the committee have any questions on drugs that they are anxious to get answers to from Mrs. Kern, we would entertain them right away, even before we have your presentation, since some have to leave. Mr. Gormley, do you have any questions that are burning on your mind that you wish to ask?

**Mr. Gormley:** Not particularly. It is difficult because I cannot anticipate what you are going to say. It is perhaps outside of the health field specifically, but in any movement on drugs or drug abuse, is it being shared essentially in the justice and health portfolios? Are you dealing with any significant amendments to criminal law, in addition to the health promotion implications of drug abuse?

**Mrs. Kern:** Yes, we certainly are is the answer. Let me go very, very quickly into the background, because then it becomes obvious.

I wonder if I could have the second of those projections. The program is called the National Campaign Against Drug Abuse, NCADA. In 1984 the Prime Minister announced there would be such a campaign. As many of you would know, the Prime Minister broke down one evening on television and sobbed. He has been known as an alcoholic, but he has not

## [Traduction]

compte que les réserves de sang avaient été affectées. Là encore, M<sup>lle</sup> Buttrose a travaillé bénévolement. Et si c'est Ita qui le demande, les femmes vont donner leur sang. Voilà ce qui est fantastique. En matière de sensibilisation du public, l'un des documents que j'ai avec moi, et sur lequel cette dame travaille actuellement, est justement une stratégie nationale dans ce domaine, et elle est en train de préparer quelque chose qui pourra être utilisé à la télévision.

**M. Bob Milko (rechercheur du Comité):** Dans ces messages publicitaires qui sont diffusés à la télévision ou à la radio, est-ce qu'on indique qu'il existe des renseignements précis sur le sujet qu'il est possible d'obtenir en s'adressant au gouvernement ou aux autorités locales, et fournissez-vous les adresses ou les numéros de téléphone nécessaires?

**Mme Kern:** Oui, on le fait régulièrement, parfois par le biais de messages publicitaires qui figurent surtout dans les journaux. Quant à la petite brochure qui a été envoyée avec le *Reader Digest*, elle contient à la dernière page tous les numéros de téléphone et le nom de toutes les personnes, pour chaque État et territoire, à qui l'on peut s'adresser pour obtenir de plus amples renseignements. Au bas de la page, on indique qu'il suffit de s'adresser au ministère de la Santé pour obtenir autant d'exemplaires gratuits de cette brochure qu'on voudrait. Voilà notre façon de faire en général. Encore une fois, lorsque nous passons par les médias, nous indiquons en général que, si l'on veut obtenir des renseignements, on doit composer tel ou tel numéro; d'ailleurs, nous publions constamment ces numéros.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Kern.

Nous allons maintenant passer à la question des stupéfiants et drogues. Je sais que vous devez partir au plus tard à 10h30, madame Kern, et je sais que M. Gormley doit partir à 10h15. Je voudrais être aussi souple que possible, et donc si certains membres du Comité sont pressés et voudraient poser tout de suite des questions à M<sup>me</sup> Kern, même avant qu'elle nous ait fait son exposé là-dessus, je suis prêt à leur permettre de le faire. Monsieur Gormley, auriez-vous à poser des questions qui ne peuvent pas attendre?

**M. Gormley:** Non, pas vraiment. C'est un peu difficile, en fait, car j'ignore ce que vous allez dire. Je suppose que cela ne relève pas vraiment du ministère de la Santé, mais sur la question des drogues ou stupéfiants et leur emploi abusif, est-ce que les responsabilités sont partagées par les ministères de la Justice et de la Santé? Essayez-vous de faire modifier le droit pénal de façon importante, en plus de vous occuper de l'aspect promotion de la santé en ce qui concerne l'emploi abusif des drogues?

**Mme Kern:** Oui, absolument. Avec votre permission, je voudrais revenir très rapidement en arrière, parce que cela vous permettra de bien comprendre la situation.

Pourrais-je demander à quelqu'un de projeter la deuxième diapositive? Nous avons un programme qui s'appelle la campagne nationale contre l'emploi abusif des drogues, dont le sigle est le NCADA. Le Premier Ministre avait annoncé cette campagne en 1984. Comme vous savez peut-être, le Premier Ministre avait sangloté un soir à la télévision. On savait qu'il



## [Text]

drunk now for many, many years. I think there was speculation that he perhaps was back on alcohol at the time. A couple of days later, his wife went on television and said why; the reason was that one of his daughters was a heroin addict, married to a heroin addict, and had nearly lost her child, who had just been born.

• 1010

It is an opportunity that any bureaucrat does not miss, and we did not. I know it is hard and sounds crass, but it is too good an opportunity to miss. The Prime Minister then agreed that we would have a major campaign. We worked at it by first of all involving the community early in 1985 to say what they thought the campaign should involve.

Then we got together in March all of the health and the law enforcement ministers. We use "law enforcement" because among the different states, some are called police ministers, some are called justice ministers, and some are called attorneys general. So it is the combination of the two, and this answers your question. They got together and they looked at the community views, the issues, the needs, and the approaches. They advised their Prime Minister and their premiers, who then met at a drug summit meeting on April 2, 1985. As a result, there was a very significant commitment to a major campaign, a commitment that involved a significant injection of funds but, more particularly, a commitment involving a joint approach that overrode politics, and it has held. There has never been a break from it. The campaign was directed not only at hard drugs and the illegal drugs, but also at licit drugs, including alcohol, tobacco, analgesics, tranquilizers, and those sorts of things.

This has really been the basis of the program as a whole, a joint approach on the health and the law enforcement side.

**Mr. Gormley:** So the supply control measures are more enforcement oriented.

**Mrs. Kern:** This is right.

**Mr. Gormley:** Of the 100—and it is additional again—is most of it in the promotional side in terms of public awareness? How would the 100 be apportioned over the three years?

**Mrs. Kern:** The 100 is apportioned . . . I cannot remember the number. I can show it to you, actually.

**Mr. Gormley:** So much for organized presentations.

**Mrs. Kern:** I would much prefer to respond to questions. I would rather answer your questions in the short time.

The \$100 million is over three years. It involves an injection of \$20 million in each of three years from the federal government. The \$20 million is made up of \$12 million, which is cost-shared 50:50 with the states, for the provision of services, including preventive and education services, and, where you fail, treatment and rehabilitation.

## [Translation]

avait un passé d'alcoolique, mais il n'avait touché d'alcool depuis de nombreuses années. On a spéculé alors qu'il avait peut-être recommencé à boire. Quelques jours plus tard, son épouse a expliqué à la télévision ce comportement; l'une des filles du Premier Ministre est héroïnomane, mariée à un héroïnomane, et elle avait failli perdre son enfant nouveau-né.

C'est une occasion qu'un fonctionnaire ne peut se permettre de laisser passer, et nous l'avons saisie. Je sais que cela peut paraître effronté et cynique, mais nous ne pouvions pas laisser passer une telle occasion. Le Premier Ministre a alors accepté que nous lancions une grande campagne. Nous avons commencé par demander à la collectivité, au début de 1985, ce que cette campagne devrait comporter.

Puis, en mars, nous avons réuni tous les ministres chargés de la santé et de l'application de la loi. Nous parlons d'application de la loi, parce que selon les États, on parle de ministres de la Police, de ministres de la Justice, ou de Procureurs généraux. Nous avons donc réuni les deux, et cela répond à votre question. Les ministres ont ensemble examiné les points de vue de la collectivité, les problèmes, les besoins, et les méthodes. Ils ont donné des conseils aux premiers ministres fédéral et des États réunis à une conférence sur la drogue le 2 avril 1985. Ils se sont tous formellement engagés à lancer une grande campagne, et cet engagement a été accompagné d'une importante participation financière mais, surtout, ils ont convenu de travailler conjointement, au-delà des différences politiques, et cet engagement a été respecté. Personne ne s'en est écarté. La campagne s'attaque non seulement aux drogues fortes et aux drogues illégales, mais aussi aux drogues légales, notamment l'alcool, le tabac, les analgésiques, les calmants, et toutes ces choses-là.

C'est essentiellement sur cela que repose le programme, sur une collaboration des autorités de la santé et de l'application de la loi.

**M. Gormley:** Donc, les mesures de contrôle de l'offre sont essentiellement des mesures policières.

**Mme Kern:** C'est exact.

**M. Gormley:** Est-ce la campagne de la sensibilisation du public qui reçoit la part du lion de ces 100 millions de dollars supplémentaires? Comment ces 100 millions sont-ils répartis sur une période de trois ans?

**Mme Kern:** Ils sont répartis . . . je n'ai pas les chiffres en tête. Je peux vous les montrer, en fait.

**M. Gormley:** Voilà un exposé bien organisé.

**Mme Kern:** Je préférerais de loin répondre à vos questions. Dans le peu de temps que nous avons, je préférerais vraiment répondre à vos questions.

Ces 100 millions seront dépensés sur trois ans. Le Gouvernement fédéral s'est engagé à une contribution de 20 millions de dollars par an pour trois ans, dont 12 qui entraînent une contribution correspondante des États, et qui couvrent les services, notamment la prévention et l'éducation, et si cela ne suffit pas, le traitement et la réhabilitation.

## [Texte]

Treatment and rehabilitation may involve setting up a community in a rural area where people go to get themselves off drugs and to get themselves together again. It might involve a methadone maintenance clinic. It might involve funding for the front end, a detox centre. So it is the full range, including counselling, etc.

So in a one-off step, we injected an extra \$24 million a year into the service provision side. By putting in \$12 million ourselves, the states matched it. Then, of course, there is \$5 million for education and information campaigns. This involves a national media advertising campaign as well as the provision of information to people on request. There is \$1 million for two centres of excellence. One is a centre of excellence, which is devoted to the service provision side, and the other is more to the research side.

I believe you do it better in Canada. The Addiction Research Foundation in Toronto is the right combination. It is all together. I will argue until the day I die that in Australia we got it wrong. This is a little bit of interstate rivalry.

• 1015

Research grants: there is \$1 million there which is identified, but in fact there is more like \$2 million or \$3 million going in through the National Health and Medical Research Council, etc.

The national drug education program is a pre-existing program which has just continued. For example, this year we are using a very large proportion of that money to do a lot in terms of community development, community involvement. The community consultation we had in 1984, or in early 1985, involved largely community groups working in the drug area. My Minister is very keen to broaden that so there is a much wider community ownership, if you like, of work towards the campaign against drugs. We are doing much more to involve the Rotary and Lions, the Country Women's Association, which is very big in Australia, those sorts of general community organizations. We will be using a significant proportion of those funds for that.

The next major conference we will have will be in April of next year, but we will expect the states to work with their own groups to bring them forward to that conference. I would really hope Canada will have someone out at that. If they are interested in working in this area, they will send somebody out to have a look at how we are doing that aspect of it, and perhaps to help us because we use quite a lot of Canadian material there in what we are doing.

That is the answer to your question on, if you like, the money we are putting in to control the demand side. That is, of course, what we are doing.

We have always put money in to try to control the supply side. You know up against those big drug barons our money does not count for much. We have put very little into the demand side, and we are trying to stop people from wanting

## [Traduction]

Ces deux derniers services peuvent entraîner la création d'une communauté à la campagne où les gens peuvent aller se faire désintoxiquer et remettre leur vie en ordre. Cela peut comprendre une clinique à la méthadone. Cela peut comprendre un centre de désintoxication. Cela couvre donc toute la série de soins possibles, y compris les conseils, etc..

Nous avons donc dans un premier temps injecté 24 millions de dollars supplémentaires par an dans le secteur de la fourniture des services. En faisant une contribution de 12 millions de dollars, nous avons obtenu que les États fassent de même. Et puis il y a bien sûr les 5 millions de dollars consacrés aux campagnes d'éducation et d'information. Cela comprend une campagne nationale de publicité ainsi que des renseignements sur demande. Il y a également 1 million de dollars pour deux centres d'excellence. Le premier a pour objectif la fourniture des services, l'autre est davantage centré sur la recherche.

J'estime que vous faites mieux que nous ici. La fondation de recherches sur les dépendances, à Toronto, a la bonne recette. Tout est réuni sous un même toit. Je continuerai de dire jusqu'à mon dernier souffle que la méthode australienne n'est pas la bonne. Il y a un élément de rivalité entre les États.

Subventions à la recherche: Il y a un million de dollars de prévu, mais en réalité, on y consacre plutôt deux ou trois millions par la voie du Conseil national pour la santé et la recherche médicale, etc.

Le programme national d'éducation sur les drogues existait déjà et il ne fait que continuer. Par exemple, nous consacrons cette année une part beaucoup plus importante des fonds à encourager la participation communautaire. Les consultations publiques que nous avons faites en 1984 ou au début de 1985, touchaient essentiellement les groupes qui s'intéressent de près à la question des drogues. Mon ministre tient absolument à ce que nous élargissions la participation de la collectivité dans notre lutte contre les drogues. Nous faisons davantage d'efforts pour obtenir la participation des clubs Rotary et Lions, de l'association *Country Women*, qui est très importante en Australie, et celle d'autres organisations du même genre. Nous consacrerons une part importante de nos fonds à cet effort-là.

La prochaine grande conférence doit avoir lieu en avril prochain, mais nous comptons sur les États pour encourager leurs propres groupes à y participer. J'espère que le Canada enverra quelqu'un. Si la question vous intéresse, vous enverrez un observateur, qui pourra peut-être en même temps nous aider, car nous nous servons beaucoup de matériel canadien.

Voilà la réponse à votre question sur les fonds consacrés à contrôler la demande. C'est bien sûr ce que nous faisons.

Nous avons toujours eu un budget pour le contrôle de l'offre. Vous savez que notre argent ne peut pas grand-chose contre les grands barons de la drogue. Nous avons jusqu'ici consacré très peu d'argent au contrôle de la demande, et nous essayons



*[Text]*

drugs. The other side of the coin, of course, is the money, the extra money going in on the policing side, largely into the intelligence areas.

The police do not want our money. They are fairly complimentary about what we are doing, but they are a little critical that there is not enough extra money going in on this side. I think one has to add it to what has gone in in the past.

**The Chairman:** Thank you very much. That was fantastic.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Slides?

**Mrs. Kern:** I do not, but I can get them back to you. I will probably get them back to you via Mrs. Downing from Health and Welfare, I think.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Can I look at them? I wanted to put them all together and try to make some comparison with the figures.

**Mrs. Kern:** Yes.

**The Chairman:** Perhaps Mrs. Kern can get them to you via Mrs. Downing.

**Mrs. Kern:** Certainly, what I will do when I get back to Australia is send you the whole package of papers.

**The Chairman:** Do you have any further questions?

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Yes I do. Like everyone else, Mrs. Kern, I am pleased you are here. Do you have the feeling your government and your citizens are putting as much or more emphasis against or towards drugs than they do cigarettes?

**Mrs. Kern:** The answer to that must be no, they are not. Part of our campaign is the \$5 million I mentioned there, which was a media information aspect. Where the media and information are concerned, we have run a number of general advertisements which I would be happy to show you, if we had the equipment. Part of that is unpaid media where we use our people just to be putting out stories.

The story that runs most frequently in the newspapers is smoking. We keep the smoking up there. Health has been doing that for many years. Alcohol, I think, is probably the next biggest problem. There is less in the media about alcohol, but there is far more advertising. The cigarette advertising for many years has been banned in Australia in the media. Where alcohol is concerned it is not banned. There is a code of conduct, but we do know that our two principal brewing companies this year are spending \$40 million each trying to buy the market from one another. That is an awful lot of advertising of alcohol.

*[Translation]*

maintenant d'éliminer le désir. Mais il y a aussi bien sûr l'aspect financier, l'argent supplémentaire consacré à l'application de la loi, essentiellement dans le domaine des renseignements.

La police ne veut pas de notre argent. Elle réagit de façon plutôt positive à notre action, mais elle estime que l'on y consacre pas suffisamment d'argent. Je pense que cela doit venir s'ajouter à ce que l'on y a consacré dans le passé.

**Le président:** Merci beaucoup. C'était fantastique.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Les diapositives?

**Mme Kern:** Je n'en ai pas, mais je peux vous en faire parvenir. Je pourrais probablement le faire par l'entremise de M<sup>me</sup> Downing, de Santé et Bien-être Canada, je crois.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Pourrais-je les voir? Je voulais les voir toutes en même temps et faire des comparaisons avec les chiffres.

**Mme Kern:** Oui.

**Le président:** M<sup>me</sup> Kern pourra peut-être vous les faire parvenir par l'entremise de M<sup>me</sup> Downing.

**Mme Kern:** Certainement, à mon retour en Australie, je vous enverrai toute la documentation.

**Le président:** Avez-vous d'autres questions?

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Oui. Tout comme mes collègues, madame Kern, je suis heureux de vous accueillir. Pensez-vous que votre gouvernement et la population australienne accorde autant ou plus d'importance à la question de la drogue qu'à celle des cigarettes?

**Mme Kern:** Non. Comme je l'ai dit, nous avons prévu dans le cadre de notre campagne cinq millions de dollars pour l'information dans les médias. Nous avons fait passer un certain nombre d'annonces que je vous montrerais avec plaisir si nous avions l'équipement nécessaire. Une partie de ces annonces sont gratuites, et nous faisons appel à notre propre personnel qui rapporte certaines histoires.

L'annonce la plus fréquente, dans les journaux, porte sur la cigarette. Nous continuons d'insister là-dessus. Le ministère de la Santé le fait depuis des années. L'alcool vient probablement au deuxième rang. On en parle moins dans les médias, mais on fait beaucoup de publicité. La publicité pour les cigarettes est interdite depuis de nombreuses années dans les médias australiens. Ce n'est pas le cas pour l'alcool. Il y a un code d'éthique, mais nous savons que les deux principales brasseries ont prévu de dépenser chacune 40 millions de dollars cette année pour essayer de s'enlever mutuellement le marché. Cela fait beaucoup de publicité pour les boissons alcoolisées.

• 1020

There is undoubtedly within the politician's mind, a need within the media campaign to focus on the hard drugs, on heroin, on cocaine. Where the health promoters are concerned, in the interest of health, the emphasis is on the licit. If you take, for example, the proportion of deaths arising from drugs, in Australia there were approximately 22,000 in 1984, of which away and above the biggest group is attributed to

Les hommes politiques, les organes d'information ont tendance à s'intéresser surtout aux drogues fortes, à l'héroïne et à la cocaïne. Or, il faudrait plutôt axer ses efforts sur les produits licites, et c'est ce que font les responsables de la santé dans l'intérêt de la population elle-même. En Australie, par exemple, environ 22,000 décès en 1984 étaient dus à l'absorption de drogues et la grande majorité d'entre eux étaient



[Texte]

smoking. Some 16,000 of the 22,000 were attributed to tobacco.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Madam, if I may interrupt you because you have to leave, and I also have to leave, the question was not directly through your country. It is true; it is right for us too. So the first one is cigarettes the second one is alcohol and the third one is drugs.

**Mrs. Kern:** Yes.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** And then neither of the first two, the addicts commit crimes. They do not commit crimes for their ... And then they do not ...

**Mrs. Kern:** Well, with alcohol they do.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Well, not as much as drugs. They might go and rob, or borrow something, but they do not have to rob and kill to get what they need.

**Mrs. Kern:** Yes.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** And they do not promote their addiction in schools.

**Mrs. Kern:** Oh, they do with alcohol and tobacco.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** Not as much. I mean, with the expense I do have ... Well, I am not going to go into details, but I feel that drugs are the most important problem that we have in this society.

**Mrs. Kern:** The hard drugs.

**Mr. Côté (Lac-Saint-Jean):** The hard drugs. Because I am working with young kids and I am working with all kinds of organizations towards this. And this service that we have looks after youngsters that are coming out from jails and 90% of them—we have to stop somewhere, otherwise we would go to 95% and 98% of them—are going in and out due to drugs, more so than cigarettes and more than alcohol.

It is the same feeling that we have everywhere. It is the same thing in Canada and all over. We all put very little emphasis on preventing those. That is why I asked about your slides, because I looked to the figures. We put all the money down the drain for jails, for social workers, for this and that. So we have the impression that the only people who are really working against drugs are the ones who have a direct concern towards them, through family or friends and so on.

The rest looks like a big business that everyone is getting his profit out of it, because of jails, social workers, building jails and selling supplies to them and all that stuff. With the figure that you just gave us, it looks like it is the same in your country also.

I am happy that this government and this Prime Minister said that we going to put the emphasis on drugs, where the real problem is. If we stop the problem then we will not have to spend all that money and get all those people involved in the problem. If the problem is smaller then the effects and the needs to eliminate it would be easier also.

[Traduction]

imputables au tabac. Sur ces 22,000 décès, 16,000 étaient attribuables à l'usage du tabac.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Madame, excusez-moi de vous interrompre car vous devez partir et moi aussi, mais la question ne s'adressait pas directement à votre pays. On retrouve la même situation ici au Canada. Vous dites donc qu'après le tabac, viennent l'alcool et les drogues.

**Mme Kern:** Oui.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Or, ceux qui font partie des deux premiers groupes ne perpètrent pas de crimes pour obtenir ... Et puis ils ne ...

**Mme Kern:** Pour obtenir de l'alcool, oui.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Pas autant que les toxicomanes. Ils volent peut-être, ils empruntent, mais ne vont pas jusqu'à tuer pour obtenir ce dont ils ont besoin.

**Mme Kern:** Oui.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Et ils n'encouragent pas d'autres à adopter leurs vices dans les écoles.

**Mme Kern:** Oh, c'est le cas de l'alcool et du tabac, oui.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Mais ce n'est pas aussi répandu. C'est-à-dire, avec les dépenses que je ... Bien, je ne vais pas épiloguer là-dessus, mais je crois que c'est la toxicomanie qui représente le problème le plus important de notre société.

**Mme Kern:** La consommation de drogues fortes.

**M. Côté (Lac Saint-Jean):** Les drogues fortes, oui. Je travaille avec des jeunes ainsi qu'avec toutes sortes d'organisations et le service que nous avons mis sur pied s'occupe des jeunes qui sortent de prison; or, 90 p. 100 d'entre eux—il faut bien s'arrêter quelque part, sinon ce serait 95 p. 100 et 98 p. 100—sont incarcérés régulièrement pour des raisons liées aux drogues beaucoup plus qu'aux cigarettes ou à l'alcool.

On retrouve cette même situation un peu partout. C'est la même chose au Canada et ailleurs. Nous n'axons pas suffisamment nos efforts sur la prévention. C'est la raison pour laquelle je vous ai posé des questions à propos de vos diapositives et que j'ai examiné les chiffres qui sont donnés. Nous engloutissons notre argent dans la construction de prisons, nous finançons des tas de programmes sociaux nous subventionnons ceci ou cela. Alors nous avons l'impression que les seuls qui luttent contre la toxicomanie sont ceux qui sont directement concernés, notamment les familles ou les amis de toxicomanes.

Le reste n'est qu'une énorme entreprise ou chacun tire la couverture à soi et nous continuons de dépenser notre argent à construire des prisons, à les approvisionner, à mettre sur pied des programmes sociaux, etc. Vu les chiffres que vous nous avez fournis, il me semble que c'est à peu près la même chose dans votre pays également.

Je suis content que le gouvernement et le premier ministre aient décidé de lutter contre la toxicomanie car c'est là que réside le véritable problème. Si nous réussissons à endiguer ce problème, nous n'aurons plus à dépenser tout cet argent et à recruter tous ces gens pour les aider. Si le problème se résorbe, il sera alors plus facile de l'éliminer entièrement.

## [Text]

**Mrs. Kern:** If I could comment, Mrs. Downing will also have copies of these video tapes and you will see there that we have actually been criticized for having too much emphasis on hard drugs and being a bit nasty in those ads. I think the committee at some stage may want to see those.

We have been criticized by the health promoters for being too tough on the hard drugs and we have been criticized by the hard drug people for having too much on smoking and alcohol. What you have to ask is: Where did they start taking drugs? There is pretty good evidence that they start with cigarettes and alcohol, go on to marijuana and then on to the hard drugs, but they do not go straight into heroin. That is the first thing.

• 1025

Secondly, the next of our media campaigns is going to be an anti-heroin campaign on television directed at the young people. We are using the U.K. material as the basis. It may not work in Canada, but in Australia we are finding that we can use quite a lot of their research and material, simply put a voice-over with an Australian accent, and change some of the expressions.

We obviously have a slightly different attitude in Australia to heroin. In the U.K., research shows that some of the kids thought it was a plus, that it was good to be on heroin. None of the Australian kids interviewed thought it was a plus, but they recognized that it was a problem in the country. Let us be clear that where the government is concerned, we are certainly working on the hard drug side, but do not be under any misapprehension, they did not start on hard drugs. They got there via another route.

The second area that if I were in Canada, I would be extremely concerned about, and we are pretty concerned about it in Australia, is cocaine and crack. Our health and law enforcement ministers have asked us to do a program which is directed at deglamourizing cocaine, because it is seen as not harmful by many and people think that if you want to be affluent and with it in the world, then you are on cocaine. We have only had one seizure of crack in the country and we picked it up as it was coming into the country.

Do not ever underestimate the media in this area. Our minister does not normally criticize the media, he normally works with them well; but where drug reporting is concerned, he is very critical of them. They have actually printed the recipe for making crack from cocaine, and that is outrageous. In fact, we even looked at doing the U.K. de-notice type arrangement, but it would not be practical, so we are trying to work with them now in terms of a code of practice and reporting.

I think one ought not to underestimate and emphasize what they can do for good or for bad. The biggest segment of my

## [Translation]

**Mme Kern:** Si je puis me permettre, M<sup>me</sup> Downing possède également des copies de ces bandes magnétoscopiques; en les regardant, vous constaterez que nous avons été critiqués pour avoir trop insisté sur les drogues fortes et certains nous ont même dit que ces réclames étaient sournoises. Le comité voudra peut-être regarder ces bandes.

Les responsables de la santé nous ont dit que nous avions dénoncé les drogues fortes un peu trop durement et ceux qui luttent contre la toxicomanie nous ont dit que nous avions trop parlé de tabac et d'alcool. Mais la question qu'il convient de se poser est la suivante: quand ont-ils commencé à se droguer? Tout nous porte à croire qu'ils commencent par fumer puis se mettent à boire, à consommer de la marijuana et ensuite des drogues fortes; ils ne se mettent pas à consommer de l'héroïne du jour au lendemain. Voilà pour ce point.

Ensuite, notre prochaine campagne publicitaire sera une campagne de lutte contre l'héroïne qui sera diffusée par la télévision et qui s'adressera aux jeunes. Nous nous servons de documents britanniques au départ. Ces documents ne servent peut-être à rien au Canada, mais, en Australie, nous avons constaté que nous pouvons utiliser un grand nombre de leurs documents et études, en utilisant un accent australien et en changeant certaines expressions.

L'attitude envers l'héroïne en Australie est quelque peu différente. En Grande-Bretagne, les études effectuées indiquent que certains jeunes pensent que l'héroïne, c'est bien. Or, aucun des jeunes Australiens qui ont été interviewés ne pensait que c'était bien, mais ils savaient tous que l'héroïne constituait un véritable fléau. C'est vrai, le gouvernement met l'accent sur la lutte contre les drogues fortes, mais ne vous méprenez pas, ces jeunes ne se mettent pas à consommer des drogues fortes du jour au lendemain. Ils essaient autre chose avant.

Ensuite, si j'étais au Canada, je m'inquiéteraient énormément de la consommation de cocaïne et de crack. Et d'ailleurs, la situation nous préoccupe en Australie. Notre ministre de la Santé et notre Solliciteur général nous ont demandé de mettre au point un programme visant à détruire l'image séduisante que représente la consommation de cocaïne, car certains estiment qu'elle a moins d'effets nuisibles que d'autres drogues et que, pour être dans le vent, il faut consommer de la cocaïne. Du crack a été saisi une seule fois en Australie, et il l'a été au port d'entrée.

Ne sous-estimez jamais les organes d'information dans ce domaine. Notre ministre ne les critique pas normalement, il entretient de bons rapports avec eux, mais lorsqu'il s'agit d'articles sur les drogues, il se montre très critique. Certains journaux ont fait paraître la recette du crack à partir de la cocaïne, ce qui est effarant. En fait, nous nous sommes demandé si nous n'allions pas suivre l'exemple britannique, c'est-à-dire, ne rien dire aux journalistes, mais nous avons conclu que ce ne serait pas pratique et nous essayons maintenant d'établir avec eux un code déontologique.

Je crois qu'il ne faut pas sous-estimer l'influence des médias, qu'elle soit bonne ou mauvaise. En Australie, la majorité de mes coupures de presse portent sur les drogues. Elles ne font



*[Texte]*

press clippings in Australia is drugs. It is not big news in the media here, but it sells newspapers in Australia.

**The Chairman:** For your information, as of yesterday we have been alerted to a potential witness in this area who we will probably have before this committee in the very near future. So keep with us on this, because there will be some interesting information coming to light in this area. Thank you very much for your contribution. Mr. Heap.

**Mr. Heap:** Following on Mr. Côté's comment, in your campaign against both licit and illicit drugs, what focus are you able to make on what may be the conditions which motivate some people rather than others to become involved? In other words, it is not going beyond warning, but exploring the possibilities of social and emotional prevention.

**Mrs. Kern:** This is certainly one of the areas we focus on in research, because the more we can do to prevent the problem the better. It is difficult, but there is a fair bit of evidence around in terms of the social condition and the lifestyle. It does not hold up as black or white, in that some young people from very affluent backgrounds, what many would call very favoured backgrounds, are moving into this area. Communication seems to be a big factor: communication with parents, schools, and so on.

More importantly, the conference that is being held in Ottawa this week on health promotion holds more of the answer to that. We are really talking about health being a positive commodity that we all ought to have and it is something that arises from the ecology from the environment, from people's ability to cope, from a need to re-orient health services from being very significantly associated simply with financing and cure, rather than with trying to influence public policies, whether those be in employment or environmental areas, away from dealing with the problem once it has occurred to reorienting health services to think really, should we not be putting health on the agenda of all public policy discussions to make for a better life for all of us and one that would be healthier? I think therein lies some of the answer to that drug problem.

• 1030

**Mr. Heap:** Thank you.

**The Chairman:** I have one question on the drug problem. What do you deem to be the worst of your illicit drugs?

**Mrs. Kern:** The worst of the licit?

**The Chairman:** No, the illicit.

**Mrs. Kern:** Of the illicit. I think the public's perception would be heroin, and I think that probably numerically this would be the situation.

Let us be clear on this. In terms of the research that we have done in Australia, the drug problem is second only in importance in the country to the unemployment problem. This indicates why of course the press can write so much and still sell their newspapers. I actually believe that the public

*[Traduction]*

pas la manchette des journaux ici, mais elles font vendre des journaux en Australie.

**Le président:** Pour votre gouverne, hier nous avons appris qu'un certain témoin comparaitra vraisemblablement devant ce Comité dans un proche avenir. Alors, soyez des nôtres, car je crois que des renseignements fort intéressants se dégageront de cette réunion. Je vous remercie de votre concours. Monsieur Heap.

**M. Heap:** Pour revenir sur ce qu'a dit M. Côté, dans la campagne que vous livrez contre les drogues licites et illicites, que faites-vous pour découvrir ce qui pousse certaines personnes et non pas d'autres à se droguer? Autrement dit, ce n'est pas une simple mise en garde, vous essayez de prévenir les problèmes sur le plan social et émotif.

**Mme Kern:** Oui, nous nous y intéressons beaucoup car plus nous pourrions prévenir le problème, mieux ce sera. Ce n'est pas facile, mais nous avons quelques éléments qui nous permettent d'avoir une idée de la condition sociale et du style de vie de ces gens-là. Ce n'est pas aussi tranché, dans la mesure où des jeunes venant de milieux aisés, de milieux très favorisés, se droguent. La communication semble être le facteur clé: la communication avec les parents, les enseignants, etc.

Fait encore plus important, la Conférence sur la promotion de la santé qui se déroule cette semaine à Ottawa renferme peut-être la réponse à ce problème. La santé est une denrée positive dont nous devrions tous jouir, c'est quelque chose qui nous vient de l'environnement, du système écologique, de la façon dont nous faisons face à certaines situations; nous devons réorienter la santé, ne pas simplement l'assimiler à des questions financières ou l'associer à la guérison. Nous devons au contraire essayer d'influencer les mesures prises par les pouvoirs publics, que ce soit dans le domaine de l'emploi ou de l'environnement, nous devons cesser de résoudre le problème après coup, et la question que nous devrions nous poser est la suivante: l'ordre du jour de tous les débats politiques ne devrait-il pas être consacré aussi à la santé pour que nous puissions nous rendre la vie plus agréable et pour qu'elle soit plus saine? Je crois qu'on y trouvera peut-être une réponse à ce problème de toxicomanie.

**M. Heap:** Je vous remercie.

**Le président:** J'aimerais vous poser une question à ce sujet. À votre avis, quelle est la pire des drogues illicites?

**Mme Kern:** La pire des drogues licites?

**Le président:** Non, des drogues illicites.

**Mme Kern:** Oh, les drogues illicites. Le public dirait l'héroïne et je crois que c'est vrai, du moins sur le plan des statistiques.

Mais que ce soit clair. D'après les recherches que nous avons effectuées en Australie, le problème de la toxicomanie vient tout juste derrière le problème du chômage. C'est la raison pour laquelle la presse peut en écrire des tartines et réussir à vendre des journaux. Je crois que l'impression du public n'est

[Text]

perception is probably not a correct perception, but whether this is the case or not, it does not matter; it is there, which is why the government had to move in terms of this campaign.

The next set of questions that we asked the community in terms of our research was: what drugs? And they put heroin right up there, with some prompting; if you give them a list of drugs and they note that we count alcohol and tobacco as a drug, then they put heroin and alcohol because alcohol in Australia is a very big problem. But there is no question that they see it as heroin.

I think now because of the media reports that are coming out on crack, particularly where parents are concerned, there is a very big worry about what this new product is and what it could do to their children, particularly as there is a price differential that makes it within the realm of most children, if it gets into Australia—and as I said, it is not there at the moment. But I would be very worried if I were in Canada because of the incidence in the U.K. and in the U.S.

**The Chairman:** Have your intelligence people been able to determine where the illicit drugs are coming from and can you do anything about it?

**Mrs. Kern:** Yes. The international arrangements are very significant indeed. And as part and parcel of this overall campaign, the overall campaign involves legislative change and working with the international communities. When I leave you the copies of the overhead projections that I have there, you will see the various components all spelled out.

There is a lot of work going on on that side of working with the international. For fairly obvious reasons, they are not very public about what is going on there. But I am sure that if for example members of the committee were to come to Australia to talk about the national campaign against drug abuse, or indeed about AIDS, then we would be able to put you in a situation where you could talk to those who are dealing on that international level.

**The Chairman:** You are issuing us an invitation to come to Australia, Mrs. Kern?

**Mrs. Kern:** I think that would be more a matter for my government to issue, but I am sure that if there were an expression of interest, then my Minister would welcome it. I think he is very proud of what we are doing in both the AIDS area and in the drugs area. I think he thinks that in many respects we are leading the world in these areas, and the more people who can benefit from learning about what we do, the better.

I have in fact in the last day or so offered to Health and Welfare Canada, on both AIDS and drugs, that if they would like us to second an officer to work with them for a period of time, then it can be arranged. These topics are too important just to be done in one country, and we have gained a lot from Canada on drugs; there is no question on that.

[Translation]

pas la bonne, mais que ce soit le cas ou non, cela n'a aucune importance; ce problème existe et c'est la raison pour laquelle le gouvernement s'est vu obligé de lancer cette campagne.

À ceux que nous avons sondés, nous leur avons demandé de classer les drogues. L'héroïne vient en tête de liste, bien que nous les ayons aidés un peu; si vous leur donnez une liste de drogues et qu'ils constatent que l'alcool et le tabac en font partie, ils disent alors l'héroïne et l'alcool car l'alcool en Australie est un véritable fléau. Mais il ne fait aucun doute que l'héroïne vient en tête de liste à leurs yeux.

En raison des articles de presse parus sur le crack, il y en a beaucoup, et en particulier les parents, qui se demandent ce qu'est cette nouvelle drogue, quels en sont les effets, en particulier lorsqu'ils apprennent que la plupart des enfants pourraient se le procurer en raison du prix qui est beaucoup moins élevé que d'autres drogues si jamais le crack était importé, et comme je l'ai dit, il ne l'est pas pour l'instant. Mais la situation m'inquiéterait énormément si j'étais au Canada vu ce qui se passe en Grande-Bretagne et aux États-Unis.

**Le président:** Vos services secrets ont-ils réussi à savoir d'où venaient les drogues illicites? Et que pouvez-vous faire?

**Mme Kern:** Oui, nous avons signé des accords avec de nombreux pays. Et cette campagne dont je vous ai parlé passe par des modifications aux textes législatifs et par une collaboration plus étroite avec l'étranger. Les diapositives que je vais vous laisser en parlent avec plus de précision.

Nous entretenons des rapports très étroits avec l'étranger. Ce que nous faisons n'est pas annoncé avec tambours et trompettes pour des raisons évidentes mais si, par exemple, des membres de votre comité venaient en Australie discuter de la lutte que nous livrons contre la toxicomanie ou contre le SIDA, je suis sûr que vous pourriez parler à ceux qui s'en occupent sur le plan international.

**Le président:** Vous nous invitez officiellement à venir en Australie, madame Kern?

**Mme Kern:** Je crois qu'il serait plus approprié que mon gouvernement le fasse, mais je suis sûre que, si la question vous intéressait, mon ministre n'y verrait aucun inconvénient. Je crois qu'il est très fier de ce que nous avons réussi à faire dans le domaine du SIDA et de la drogue. Dans ces domaines, il estime que nous sommes à l'avant-garde et, plus nombreux seront ceux qui seront mis au courant de ce que nous faisons, mieux ce sera.

Hier, je crois, j'ai même fait savoir aux responsables de votre ministère de la Santé et du Bien-être que, s'ils voulaient que nous détachions un spécialiste du SIDA et de la toxicomanie pendant un certain temps, qui serait appelé à travailler avec eux, cela pourrait se faire. Ces problèmes sont trop importants pour être laissés à un seul pays et je dois dire que nous avons beaucoup appris du Canada sur la toxicomanie; Cela ne fait aucun doute.



[Texte]

**The Chairman:** Gentlemen, I am sorry to cut this discussion off, but it is past 10.30 a.m. and I think Mrs. Kern needs to get back to the conference.

We want to thank you very much for coming this morning. You have given us a lot of insight into what is going on in Australia and answered many of our questions. We appreciate your offer to help us further in the future in various ways, so please take back our regards to your Minister and thank him for allowing you to be with us here on this occasion today.

• 1035

**Mrs. Kern:** When I mentioned to him that I was going to be appearing, he said he was pleased to see the interest and certainly endorsed my coming.

As I mentioned, I will also send you a full package of the material on what we are doing on AIDS and what we are doing on drugs. I will be leaving material here with Mrs. Downing, and if at a given point in time you wish to have a look at the video material then I am sure she can arrange that. I think you will see there the balance between the licit and the illicit and the different ways we are tackling some of those difficult problems.

**The Chairman:** Thank you very much indeed, Mrs. Kern.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

**Le président:** Excusez-moi de vous interrompre, mais il est 10h30 passé et je crois que M<sup>me</sup> Kern voudrait retourner à la conférence.

Permettez-moi de vous remercier d'être venue ce matin. Vous nous avez appris beaucoup de choses sur ce qui se passe en Australie et répondu à nos nombreuses questions. Nous vous remercions de l'aide que vous nous avez offerte à l'avenir et je vous prierais de bien vouloir présenter nos respects à votre ministre et le remercier de vous avoir autorisée à venir nous voir aujourd'hui.

**Mme Kern:** Lorsque je lui ai dit que j'allais comparaître devant votre Comité, il m'a dit qu'il était content de voir l'intérêt que portaient d'autres pays à ce que nous faisons et m'a donné sa bénédiction.

Comme je vous l'ai dit, je vous enverrai une copie de notre programme de lutte contre le SIDA et contre la toxicomanie. Je confierai quelques documents à M<sup>me</sup> Downing et, si vous voulez, à un moment donné, regarder les bandes magnétoscopiques, je suis sûr qu'elle pourra vous les faire voir. Vous y verrez ce que nous avons fait à propos des drogues licites et des drogues illicites ainsi que les mesures que nous avons prises pour nous attaquer à certains de ces problèmes délicats.

**Le président:** Je vous remercie infiniment, madame Kern.

La séance est levée.



















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

WITNESS

*From the Department of Health, Government of Australia:*  
Mrs. Ann Kern, Deputy Secretary to the Minister, Health  
Promotion Branch.

TÉMOIN

*Du ministère de la Santé, gouvernement de l'Australie:*  
M<sup>me</sup> Ann Kern, sous-secrétaire du ministre, Promotion de la  
santé.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 3

Thursday, December 11, 1986

Thursday, January 22, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 3

Le jeudi 11 décembre 1986

Le jeudi 22 janvier 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on**Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

MEMBRES

Douglas C. Frith  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, DECEMBER 11, 1986

(5)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, *in camera*, at 9:35 o'clock a.m., in Room 705 of 151 Sparks Street, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Doug Frith, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From Carleton University:* Dr. M. Parkes, Director of Research, Resources Development Research Centre; Peter Appleton, Director of Administration, Resources Development Research Centre; Dr. A. Sweeny, Research Associate, Resources Development Research Centre, Study Into Elicit Drug Activities in Canada.

The Committee commenced consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Mr. Peter Appleton made an opening statement and, with the other witnesses, answered questions.

On motion of Brian White, seconded by Doug Frith, it was agreed,—That the Order dated October 21, 1986 relating to the printing of the Committees' *Minutes of Proceedings and Evidence* be rescinded and that the Committee print the number of copies of its *Minutes of Proceedings and Evidence* as established by the Board of Internal Economy.

On motion of Doug Frith, seconded by Barry Turner, it was agreed,—That the Order dated October 21, 1986 authorizing the Chairman to hold meetings and to receive and authorize the printing of evidence when four (4) members are present be rescinded and that the Chairman be authorized to hold meetings and to receive and authorize the printing of evidence when three (3) members are present.

The Committee resumed consideration of future business.

On motion of Moe Mantha, seconded by Barry Turner, it was agreed,—That the Committee undertake an indepth study of illicit drug abuse in Canada.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, JANUARY 22, 1987

(6)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:22 o'clock a.m., in Room 701 of 151 Sparks Street, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.

## PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 11 DÉCEMBRE 1986

(5)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit à huis clos, aujourd'hui à 9 h 35, dans la pièce 705, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Doug Frith, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De l'université Carleton:* M. M. Parkes, directeur de la recherche, Centre de recherche et du développement des ressources; M. Peter Appleton, directeur de l'administration, Centre de recherche et du développement des ressources; M. A. Sweeny, associé de recherche, Centre de recherche et du développement des ressources, Étude de l'usage illicite des stupéfiants au Canada.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité entreprend d'examiner son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé et du Bien-être social concernant l'étude de l'usage abusif des drogues.

M. Peter Appleton fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

Sur motion de Brian White, appuyé par Doug Frith, il est convenu,—Que l'ordre du 21 octobre 1986 relatif à la parution des *Procès-verbaux et témoignages* du Comité soit contremandé, et que le Comité en commande le nombre que le Bureau de régie interne a établi.

Sur motion de Doug Frith, appuyé par Barry Turner, il est convenu,—Que soit contremandé l'ordre du 21 octobre 1986 autorisant le président à tenir des réunions, à recevoir des témoignages et à en permettre la publication pourvu que quatre (4) membres soient présents, et que le président soit autorisé à tenir des réunions, à recevoir des témoignages et à en permettre la publication pourvu que trois (3) membres soient présents.

Le Comité continue à déterminer ses futurs travaux.

Sur motion de Moe Mantha, appuyé par Barry Turner, il est convenu,—Que le Comité entreprenne une étude approfondie de l'usage illicite des drogues.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 22 JANVIER 1987

(6)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 22, dans la pièce 701, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.



*Acting member present:* Sheila Copps for Douglas Frith.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Royal Canadian Mounted Police:* Chief Superintendent R.T. Stamler, Director, Drug Enforcement; Assistant Commissioner Don H. Heaton, Commanding Officer of "F" Division.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Chief Superintendent R.T. Stamler made an opening statement and with the other witness, answered questions.

Barry Turner moved,—That the document entitled "Presentation of Chief Superintendent R.T. Stamler, Director, Drug Enforcement Directorate, Royal Canadian Mounted Police", submitted by Chief Superintendent Stamler, be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence*.

Assistant Commissioner Donald Heaton made an opening statement and, with the other witness, answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

*Membre suppléant présent:* Sheila Copps, remplace Douglas Frith.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De la Gendarmerie royale du Canada:* R.T. Stamler, surintendant principal, directeur de l'Application des drogues; Don H. Heaton, commissaire adjoint, commandant divisionnaire, division «F».

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social concernant l'étude de l'usage abusif des drogues.

Le surintendant principal R.T. Stamler fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

Barry Turner propose,—Que le document intitulé *Présentation du surintendant principal R.T. Stamler, directeur, Police des drogues, Gendarmerie royale du Canada*, présenté par le surintendant principal Stamler, figure en appendice aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui.

M. Donald Heaton, commissaire adjoint, fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, January 22, 1987

• 0922

**The Chairman:** The Chair sees a quorum, and I would call the meeting to order, the order of reference today being pursuant to Standing Order 96(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare in the study of drug abuse. By way of introductory remarks, and before even that, may I welcome Sheila Copps to the committee.

I think we have an interesting committee here, with an challenging subject for this next few months, Sheila, so we welcome you to participate as a regular member.

The subject of drug abuse is not a new one, but it came to our attention as Members of Parliament that there is an increasing concern about this on the part of the leaders both in the U.S.A. and in Canada. We thought, on the basis of that, it would be not unreasonable for us as the Standing Committee on Health at least to delve into that subject from the point of view of health, if nothing else, and perhaps get involved in the legal aspects in conjunction with our sister committee in the House. It would be my hope as chairman that we will not be in a position of just rehashing what maybe is general public knowledge in the country regarding drug abuse. We would hope to hear information that would be perhaps new to us, in a way, and would perhaps challenge us as a committee of a legislature, Parliament, to try to do something about it that is not being done now. So we hope our witnesses will be here to bring us new ideas, either new information or new ways to handle the problem.

Today being the first day, we are happy to welcome as our first witnesses two members from the Royal Canadian Mounted Police, Chief Superintendent R.T. Stamler, who is Director of Drug Enforcement, and Assistant Commissioner, Commanding Officer of the "F" Division in Saskatchewan, Don H. Heaton.

We welcome you both here, gentlemen. As you know, our committees are smaller than they used to be. We do have more than 50% attendance now, so do not be surprised at our relatively small numbers. We are here in pretty good force. We are looking forward to your testimony this morning.

I understand you, Mr. Stamler, have a fairly significant brief. If we could have copies of it, perhaps you would prefer to summarize your comments and identify those aspects you feel are important, and then we will have some time for some questions.

Do you wish to lead off, Mr. Stamler?

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 22 janvier 1987

**Le président:** Je vois que nous avons un quorum, et je déclare la séance ouverte. Conformément au paragraphe 96(2) du Règlement, l'ordre de renvoi du Comité porte sur les phénomènes de toxicomanie, domaine qui entre dans les attributions du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Avant que nous n'entrons dans le vif du sujet, je voudrais souhaiter la bienvenue au Comité à M<sup>me</sup> Sheila Copps.

Sheila, nous sommes ici en présence d'un comité très intéressant, qui aura à débattre, au cours des quelques mois à venir, d'un sujet tout à fait brûlant; nous sommes donc tout à fait heureux de vous inviter à participer à ces débats en qualité de membre à part entière.

Cette question de la toxicomanie n'est pas neuve, mais comme les députés ont pu le remarquer, elle préoccupe de plus en plus nos chefs politiques, aussi bien aux États-Unis qu'au Canada. Nous avons donc pensé qu'il serait parfaitement légitime que le Comité permanent de la santé se saisisse de la question, du point de vue de la santé pour le moins, en faisant peut-être quelques incursions dans le domaine juridique, et cela, en collaboration avec l'autre comité de la Chambre qui traite de ces questions. En qualité de président, j'ose exprimer ici le vœu que nous ne ressassions pas ce qui est déjà, en matière de toxicomanie, de notoriété publique. Espérons donc que nous pourrions obtenir une information neuve, qui nous incitera peut-être, en tant que comité d'une assemblée législative, et donc du Parlement, à essayer, de notre côté, de présenter des propositions inédites à ce jour. Espérons donc que nos témoins nous apporteront des idées neuves, soit qu'ils nous apportent des éléments d'information tout à fait neufs, soit qu'ils nous proposent de nouvelles manières d'aborder la question.

Aujourd'hui est notre premier jour de débat, et nous avons le plaisir d'accueillir nos premiers témoins, qui font tous les deux partie de la Gendarmerie royale du Canada, à savoir le surintendant principal, directeur de la police des drogues, M. R. T. Stamler, et le commissaire adjoint, commandant de la Division «F», en Saskatchewan, M. Don H. Heaton.

Messieurs, nous vous souhaitons la bienvenue. Comme vous le savez, la taille de nos comités a été réduite. Il y a plus de 50 p. 100 des membres présents, et ne soyez donc pas surpris de leur petit nombre. Je pense que cela devrait suffire. En tout cas, nous attendons votre témoignage avec grand intérêt.

Vous avez, si je ne me trompe, monsieur Stamler, un mémoire assez volumineux à présenter. Si vous pouvez nous en donner copie, vous pourriez peut-être ensuite en faire un résumé et passer en revue les points qui vous semblent les plus importants; nous pourrions ensuite vous poser des questions.

Voulez-vous commencer, monsieur Stamler?

[Text]

• 0925

**Chief Superintendent R. T. Stamler (Director, Drug Enforcement, Royal Canadian Mounted Police):** Yes, I would, Mr. Chairman.

First of all, I would like to say that I am indeed pleased to be here and to be able to participate in what I consider to be a very useful and very important aspect which affects the lives of many Canadians and certainly many people around the world.

I am currently the Director of Drug Enforcement within the RCMP, a position I have held since 1980. The drug enforcement program at the present time within the RCMP consists of a bit over 1,000 full-time drug enforcement personnel, and the basic cost for this particular program alone exceeds \$65 million annually, and that is the basic cost of maintaining those 1,000 personnel.

In addition to being responsible for the enforcement program itself, I am also responsible for the drug education and prevention program within the RCMP relating to drug enforcement or drug related and abuse matters.

I am also responsible for the witness protection and relocation program and the undercover training and selection program. I am also currently Vice-Chairman of the Canadian Association of Chiefs of Police Drug Abuse Committee, and also a member of the International Association of Chiefs of Police, their drug committee.

I have been a consultant to the United Nations division on narcotic drugs on matters related to international drug enforcement matters. The development of an international convention on drug trafficking and other enforcement matters have been some of the things we have been particularly involved in in that exercise.

I have also participated, Mr. Chairman, in expert group meetings at the United Nations level to develop new techniques to combat international drug trafficking problems. Under the auspices of the United Nations this last summer, I was chairman of a working group which comprised delegates from 50 countries. They were basically justice and law enforcement people, and the purpose of that exercise was to develop a document of problems, I might say, dealing with law enforcement matters at the international level. The document itself was to be presented to the United Nations General Assembly by the United Nations division of narcotic drugs.

I have, as you mentioned, Mr. Chairman, a fairly lengthy outline which covers 16 pages. It outlines primarily the general overview conditions internationally with respect to drug trafficking, drug production, and it then deals with the national situation that leads to drug abuse here in Canada, and also the general conditions in Canada relating to both the distribution and the use of illicit drugs.

I am prepared, Mr. Chairman, to read this particular presentation, which may take a bit of time. I am also prepared, Mr. Chairman, to try to capsule the various aspects that are

[Translation]

**Le surintendant principal R.T. Stamler (directeur de la police des drogues, Gendarmerie royale du Canada):** Très bien, monsieur le président.

Tout d'abord, je tiens à dire que je suis heureux de me trouver ici et de pouvoir participer à un débat que j'estime être un des plus utiles et un des plus importants pour de nombreux Canadiens et autres citoyens du monde.

Je suis pour le moment directeur de la police des drogues au sein de la GRC, et cela, depuis 1980. Le programme de lutte anti-drogue à la GRC concerne un peu plus de 1,000 employés à temps plein, soit un budget de plus de 65 millions de dollars par an, correspondant à peu près à ce que coûtent ces 1,000 employés.

Je suis donc responsable de ce programme de lutte anti-drogue, mais également des questions d'éducation et de prévention relevant de ce programme de lutte contre la toxicomanie.

Mais je suis également responsable du programme de protection et de logement des témoins, ainsi que du programme de recrutement et de formation de nos agents en civil. Au sein de l'Association canadienne des chefs de police, je suis en ce moment vice-président du Comité sur l'abus des drogues, ainsi que membre du comité correspondant de l'Association internationale des chefs de police.

Sur toutes ces questions concernant, à un niveau international, la lutte anti-drogue, j'ai agi en qualité de consultant auprès de la division concernée de l'ONU. À ce titre, nous avons plus particulièrement participé à l'élaboration d'une convention internationale sur le trafic des stupéfiants et autres questions de lutte contre la toxicomanie.

Au sein de l'ONU, monsieur le président, j'ai également participé aux réunions d'un groupe d'experts chargé de mettre au point les nouvelles techniques d'une lutte internationale contre le trafic des stupéfiants. Toujours sous les auspices de l'ONU, l'été dernier, j'ai présidé un groupe de travail réunissant des délégués de cinquante pays. Il s'agissait essentiellement de représentants des services de justice et de police, et notre objectif était de procéder à une énumération, si je puis dire, des problèmes auxquels se heurte, à un niveau international, la lutte anti-drogue. C'est la division des narcotiques de l'ONU qui devait présenter notre document final lors de la tenue de l'Assemblée générale.

Comme vous l'avez effectivement fait remarquer, monsieur le président, j'ai un mémoire assez volumineux de seize pages à vous présenter. Vous y trouverez d'abord une étude générale de la situation internationale en matière de trafic et de production des stupéfiants, de la situation de notre pays en matière de toxicomanie et, enfin, de la situation générale, au Canada, en matière de distribution et de consommation de drogues interdites.

Je suis prêt, monsieur le président, à vous lire le mémoire, mais cela risque d'être un peu long. Mais je serais tout à fait



## [Texte]

involved in the paper itself, and have the paper adopted as my presentation.

**The Chairman:** I think that suggestion, Mr. Stamler, is a good one. The committee would be prepared to do that. It would perhaps require a motion to have your paper appended to the minutes of this meeting.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I so move.

Motion agreed to

**The Chairman:** I should say, for the benefit of the committee, that since we had a late start, if it is agreeable, we will go on until 11 a.m. Is that agreed?

**Some hon. members:** Agreed.

**The Chairman:** Mr. Stamler, would you like to proceed then and identify those highlights you feel you want to bring especially to our attention, and then we will have questions from the committee.

**C/Supt Stamler:** Thank you very much, Mr. Chairman.

First of all, it is clear that the drug problem has been identified as a major international problem. It concerns the lives of many people in many parts of the world, detrimentally, and I suppose to some extent it provides income for poverty-stricken natives in various parts of the world who produce the drugs that flow to countries such as Canada, the United States, and Europe, where they are used and abused.

• 0930

I think I can speak for almost every area of the world where drugs are produced. It is basically, as I say, poverty-stricken natives who are involved in the production. Generally speaking, the production of those drugs is almost part of their historic heritage. They use some of the drugs, such as opium, for their daily medicines. Opium is used as a pain killer and for other dysentery problems. It has been part of their lifestyle for centuries. Therefore it is nothing new or uncommon for them to produce these drugs.

What happens next is I think the important aspect that concerns law enforcement, because once the natives produce these particular drugs, it seems political insurgent groups, organized crime groups, become heavily involved at that moment. It is this type of group that causes the natives to over-produce the type of drug that is in demand in the rest of the world.

The organized crime groups or insurgent groups are strong. They work, I think, against the government, which happens sometimes not to be in control of the native area; and the central government having no control, the organized crime groups do have control. Generally speaking, they are very well armed, very well equipped, and they live a very good lifestyle.

The price they pay for the drugs that are purchased from the native people keeps the native groups moving. There have been some programs that have been designed—and I will go

## [Traduction]

disposé, si vous le voulez, à résumer le contenu de ce document, qui constituerait en fait mon témoignage officiel.

**Le président:** Je suis d'accord avec vous, monsieur Stamler. Je pense que le Comité n'y voit aucune objection. Je demanderais donc qu'une motion soit présentée afin que votre mémoire soit joint en annexe au compte rendu de la réunion.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je présente une motion à cet effet.

La motion est adoptée

**Le président:** Puisque nous avons commencé en retard, et si le Comité le veut bien, nous pourrions décider de siéger jusqu'à 11 heures ce matin. Êtes-vous d'accord?

**Des voix:** Oui.

**Le président:** Allez-y, monsieur Stamler; vous pouvez nous présenter les faits qui vous paraissent essentiels, et nous pourrions ensuite passer aux questions.

**Sdt pal Stamler:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Il est clair, tout d'abord, que la drogue cause à la communauté internationale un problème des plus graves. C'est un problème qui concerne beaucoup de gens dans de nombreuses régions du monde, et je pense que la production de ces drogues, qui sont ensuite acheminées vers le Canada, les États-Unis et l'Europe, pour y être écoulées et consommées à l'excès, assure un revenu à certaines des plus pauvres des populations indigènes.

Je pense que cela est vrai pour toute région du monde où l'on produit ces drogues. Ce sont essentiellement, comme je le disais, les couches les plus pauvres de la population indigène qui sont chargées de cette production. De façon générale, celle-ci est d'ailleurs pour eux une tradition. Ils utilisent couramment certaines de ces drogues, tel que l'opium, comme médicament. L'opium est un analgésique, et est également utilisé en cas de dysenterie. Cela fait partie de leur mode de vie depuis des siècles. Il n'y a donc rien de nouveau ni d'inhabituel à ce que ces populations en fassent la culture.

Ensuite, et c'est ce qui intéresse au premier chef les forces de l'ordre, on assiste à l'intervention massive de groupes politiques armés, ainsi que du crime organisé. C'est ce qui amène la population locale à produire au-delà de ses besoins, pour faire face à la demande du marché mondial.

Le crime organisé, aussi bien que les groupes rebelles, sont puissants. Ils s'opposent à l'action du gouvernement concerné, auquel il arrive même parfois de ne pas contrôler les régions de culture; le contrôle de ces zones tombe sous la coupe du crime organisé. De façon générale, ces gens sont très bien armés, très bien équipés, et ils ne vivent pas mal non plus.

Le prix payé aux paysans locaux, pour la drogue, les maintient en activité. On a bien conçu des programmes pour essayer de les faire changer de culture—j'en parlerai un peu

## [Text]

into that in a moment—to try to shift the native people away from drug production. Those programs have, for the most part, been unsuccessful; and there are many reasons why they are unsuccessful. But they have not really proven to reduce the flow of drugs from those particular areas.

The organized crime groups that generally get involved sometimes number 5,000 in strength. One in particular is the Shan United Army, which operates in southeast Asia in the tri-border area of Thailand, Burma, and Laos. That area is commonly known as the “Golden Triangle”.

There they produce at the present time upwards of 500 to 600 tonnes of opium annually. The conversion rate from opium to heroin is ten to one. So you can see we are looking at 50 to 60 to 70 tonnes of heroin that could be produced in those areas. When you look at the price of those drugs in this part of the world, you can see the kind of profits that fuel the organized crime groups that really are battling to get involved in this particular trade.

The production is increasing annually in those parts of the world. The Shan United Army, headed by one Khun Sa, is perhaps the largest of the army groups that operate in that part of the world. Generally speaking, he purchases the opium directly from the native groups, as I mentioned. He pays them enough to keep them going, it being the only income they really have. That kind of relationship results in great control over the native people, political control as well. What has happened in many of the areas—this same scenario applies in southwest Asia, which I will touch upon; that is, Pakistan, Afghanistan and Iran. It is the same basic type of situation that exists in South America, with respect to Bolivia, Peru, Colombia, and some of the other smaller countries in that region. When I describe the southeast Asian situation, you can almost take that blueprint and place it over the other areas and see the same elements involved. Certainly, the most difficult area to deal with at the moment, and the growing area, is South America. I will end perhaps with that particular area in this segment.

I am going into this, Mr. Chairman, because I think many people sometimes, in trying to look at the drug problem, think it can merely be shut off at source. When we examine and look at the political and social dimensions that are involved in those parts of the world, you soon realize that it is not an easy task, and it has been tried many, many times. That is not to say that we should not continue to try.

The insurgent army group in southeast Asia continues in the drug trade, basically, for the profit and lifestyle that all the people connected with that group enjoy. Khun Sa, as I mentioned, head of the Shan United Army, buys the opium whenever it is available from the hill tribe farmers. He then operates conversion labs, where it is converted into heroin, at the border areas between Burma and Thailand. Tonnes and

## [Translation]

plus dans quelques instants—mais la plupart du temps, les résultats n'ont pas été bons; et cela, pour diverses raisons. Mais le fait est que l'on n'a pas réussi à réduire les quantités de drogues en provenance de ces régions.

Il arrive que les gangs du crime organisé comptent jusqu'à 5,000 membres. Je citerai notamment l'Armée du Shan unie, laquelle opère en Asie du Sud-Est, dans une zone à cheval sur la Thaïlande, la Birmanie et le Laos, et que l'on désigne couramment sous le nom de «Triangle d'or».

On y produit en ce moment, annuellement, un minimum de 500 à 600 tonnes. Le taux de conversion de l'opium à l'héroïne est de dix à un. Cela représente donc une production d'héroïne de 50 à 60 ou 70 tonnes, en provenance de ces régions. Si vous regardez ensuite à quel prix ces drogues sont vendues sur place, vous pourrez faire le calcul du bénéfice que font les gangs du crime organisé, lesquels se font d'ailleurs la guerre pour s'assurer leur part du marché.

Chaque année, la production de ces régions augmente. L'Armée du Shan unie, avec à sa tête un certain Khun Sa, est sans doute le groupe armé le plus important opérant dans cette partie du monde. De façon générale, et comme je l'ai déjà dit, Khun Sa achète directement l'opium au paysan local. Il le paie suffisamment pour que celui-ci continue sa culture, celle-ci étant sa seule source de revenu véritable. Cela entraîne une espèce de mainmise sur la population locale, y compris une mainmise politique. Ce qui vaut pour l'Asie du Sud-Est vaut également pour ces autres régions dont je vous parlerai, à savoir le Pakistan, l'Afghanistan et l'Iran, l'Asie du Sud-Ouest. Pour l'essentiel, on se retrouve en face d'une situation semblable en Amérique du Sud pour ce qui est de la Bolivie, du Pérou, de la Colombie, et de quelques autres petits pays de cette partie du monde. Ce que je dis à propos de l'Asie du Sud-Est vaut presque intégralement pour ces autres régions, où l'on voit jouer à peu près les mêmes mécanismes. L'Amérique du Sud est d'ailleurs très certainement en ce moment une des régions de culture où il est le plus difficile de s'attaquer au problème. Mais je vais peut-être d'abord terminer ce que j'avais commencé à propos de cette autre région du monde.

• 0935

Si j'entre dans ces détails, monsieur le président, c'est que l'on a très souvent l'impression, lorsque l'on réfléchit au problème de la drogue, que celui-ci peut être assez simplement réglé si l'on prend les choses à la source. Pourtant, si l'on fait une étude politique et sociale du problème, tel qu'il se pose dans ces régions du monde, l'on comprend rapidement que la tâche n'est pas aisée, et que cela n'est pas faute d'avoir essayé à plusieurs reprises. Ceci ne signifie d'ailleurs pas que nous devons relâcher notre effort.

En fait, ce qui motive les rebelles armés d'Asie du Sud-Est, c'est l'appât du gain, ainsi que le niveau de vie que le commerce de la drogue assure à tous ceux qui y participent. Khun Sa, comme je le disais, à la tête de l'Armée du Shan unie, achète l'opium aux paysans des montagnes dès qu'ils en ont. Il fait ensuite procéder à sa transformation en héroïne dans des laboratoires situés à la limite de la Birmanie et de la Thaï-



## [Texte]

tonnes of heroin are produced there and sold through organized crime networks that are established in places like Bangkok, Hong Kong, the Netherlands, and certainly in Canada and the United States.

Our organized crime links connect, therefore, internationally directly to those particular locations. There is also some movement of organized crime distribution systems through other parts of Europe, like Italy and Spain. Of course, the problem seems to be growing in terms of the various countries that are becoming involved in the supply chain from the producer to the user in Canada.

With the organized crime groups that then connect with the insurgent army groups, you have even more profits involved in this particular trade. They amount to billions and billions of dollars for these organized crime groups. Their control over police officers, justice officials, and so forth, in terms of corruption, is a very real present danger in trying to deal with this particular problem. There is far too much corruption involved to really deal with it in an effective way, in trying to stamp out their activities in most of these countries that I have outlined.

The international organized crime groups, if I can call them that for a moment, sometimes link together on ethnic lines, sometimes they link on other lines, where rituals and special entry requirements have been met to move into the criminal organizations. I will go into a bit of that in question or perhaps touch upon it later on.

But, in other words, the organized crime groups become so insulated that it is very difficult for even sophisticated law enforcement units to penetrate those organized crime groups.

So when we look at the international trade and the delivery of drugs from these areas to places like North America and Europe, we find that the organized crime groups are almost impossible to penetrate through normal investigative techniques. Generally speaking, they are simply immune from being identified or linked to the actual drug delivery, because they employ couriers, and couriers are generally recruited from what we would call intermediate types of countries—in other words, transit countries.

• 0940

We have seen various people from India, from Sri Lanka, from Africa, employed in large numbers to be couriers specifically for these crime groups. They try to divert attention in the delivery from the source areas to the user area by employing the type of individual, perhaps, you would least expect to be involved in the drug trade. Those people unfortunately, being poverty-stricken themselves, and coming from developing countries, end up in time forming a new organized crime group themselves, because they get to know the trade and they get to know the market systems, and they have taken over. There are various groups now in the world that have emerged from a courier trade to a threat, as being an organized crime group actually involved in the delivery of drugs.

## [Traduction]

lande. Des tonnes et des tonnes d'héroïne sont ainsi produites pour être ensuite écoulées par les réseaux du crime organisé installés à Bangkok, à Hong Kong, aux Pays-Bas, et certainement au Canada, ainsi qu'aux États-Unis.

Le crime organisé auquel nous avons affaire ici est donc directement et internationalement relié à ces lieux que je viens de citer. Il y a également des réseaux de distribution de ce milieu du crime organisé dans certaines parties de l'Europe, telles que l'Italie et l'Espagne. Et bien sûr, le problème semble aller croissant, du fait de la multiplication des pays intermédiaires assurant la chaîne d'approvisionnement entre le producteur et le consommateur canadien.

Une fois que le crime organisé a fait la liaison avec les groupes rebelles armés, ce genre de trafic rapporte de plus en plus. Cela se chiffre à des milliards et des milliards de dollars, si bien que le milieu du crime organisé arrive—et c'est un des graves problèmes auxquels nous nous heurtons en ce moment—à corrompre et contrôler des membres de la police, des représentants de la justice, etc. La corruption est telle qu'il devient extrêmement difficile, dans la plupart de ces pays que je viens de citer, de lutter de façon efficace contre le crime organisé.

Les gangs—permettez-moi pour le moment l'expression—du crime organisé international s'organisent parfois autour d'un principe d'appartenance ethnique, ou de tout autre principe associant rites et examens de passage imposés à tout nouveau candidat qui veut entrer dans l'organisation. J'y reviendrai un peu plus longuement ultérieurement.

Mais le caractère fermé de ces divers groupes est tel que les forces de l'ordre, même si leurs méthodes sont extrêmement perfectionnées, ont beaucoup de mal à s'y infiltrer.

Les conditions de ce commerce international, les méthodes d'acheminement de la drogue du lieu de production jusqu'en Amérique du Nord et en Europe, sont telles qu'il est presque impossible, par des techniques de police traditionnelles, de s'infiltrer dans le milieu du crime organisé. De façon générale, il s'agit de groupes qui échappent tout simplement à toute tentative d'identification et qui restent sans rapport avec la livraison proprement dite de la drogue, étant donné qu'ils recrutent des porteurs venant de pays intermédiaires, à savoir de pays de transit.

Nous avons pu constater que des gens de toutes sortes, originaires de l'Inde, du Sri Lanka, d'Afrique, étaient précisément employés en grand nombre à titre de messagers pour ces bandes de malfaiteurs. En ayant recours à ce genre de personnes dont on ne s'attendait pas à ce qu'elles trafiquent de la drogue, le crime organisé essaie peut-être de détourner l'attention, dans le débit de la marchandise, des régions d'origine à celles de l'utilisateur. Mais malheureusement, ces gens qui proviennent de pays en voie de développement sont eux-mêmes dans le dénuement et finissent par constituer leurs propres bandes organisées, car ils apprennent à connaître le trafic et les points d'écoulement, et ils prennent la relève. Il existe actuellement dans le monde différents groupes issus des



## [Text]

The attitude of most of the countries in that part of the world is that they would not encourage, but they would, let us say, allow the native people to continue producing the drug.

The objective, then, is to attack the organized crime group, which is the next step in the chain, or the insurgent army group. The problem there is that most police forces are ill-equipped to handle that kind of a task, because of the power and the control those crime groups and insurgent army groups have. Once politics enter into the drug trade, you have a dimension that is even more difficult to deal with, because by removing perhaps the traditional organized crime groups from the drug trade, you find the political insurgent groups will move into that particular trade. So it is a very competitive business at all levels of the distribution chain.

Most of the illicit heroin that Canada receives comes from southeast Asia, from the Golden Triangle area. However, 35% comes from southwest Asia, from the area of Pakistan, Afghanistan. Because of the various relationships between governments and between tribal people in that part of the world, the drug problem is equally difficult to solve. It is the political groups, the organized crime groups, involved in that part of the world that make it impossible at this time to do any effective enforcement.

For the large part, heroin from southwest Asia, which is commonly referred to as the "Golden Crescent", comes from the tri-border area of Afghanistan and Pakistan. There the tribal people, who really control their own lands in areas between Pakistan and Afghanistan, for example in the Khyber area, control the heroin trade. They produce the opium, they manufacture the heroin, and they distribute the heroin, then, to places like Karachi, where international crime figures meet and move the drugs from that point to other parts of the world, including Canada.

In order to stop the production of heroin, you need enforcement action within the tribal area. The tribes enforce their own laws. Historically, they have produced opium for the same reasons as the hill-tribe people produced it in southeast Asia. So to them it is not the serious problem we would see it as. It becomes a matter of lifestyle. Since they do their own enforcement, they are not apt to move against the production of heroin in their lands.

Once the drugs are sold to the organized crime groups just outside of the tribal area, in places like Peshawar, in the northern part of Pakistan, you find the organized crime groups are too powerful to be dealt with by the law-enforcement people.

• 0945

In that particular area, I should mention that Canada receives... When I refer to Canada or any country, I am talking about organized crime groups or illicit, unlawful

## [Translation]

messagers qui sont devenus une vraie menace, un gang véritablement organisé pour trafiquer la drogue.

La plupart des pays de cette région du monde ont pour attitude, sinon d'encourager, tout au moins de laisser les gens du pays continuer à produire la drogue.

Il faut donc s'en prendre au groupe du crime organisé, qui est le maillon suivant dans la chaîne, ou au groupe militaire insurgé, la difficulté étant que la plupart des forces de police sont mal préparées pour ce genre de mission, en raison de la puissance de ces bandes de malfaiteurs et groupes d'insurgés et de l'autorité qu'ils exercent. Lorsqu'on commence à faire intervenir la politique dans le trafic de la drogue, la tâche ne s'en trouve que compliquée, parce que si l'on parvient à écarter les bandes organisées traditionnelles du trafic de la drogue, on constate que ce sont les groupes politiques insurgés qui prennent leur place. Une concurrence acharnée se livre donc à toutes les étapes de la chaîne de distribution.

La plus grande partie de l'héroïne illicite que reçoit le Canada provient de l'Asie du Sud-Est, de la région du Triangle d'or, avec toutefois 35 p. 100 qui proviennent de l'Asie du Sud-Ouest, de la région du Pakistan et de l'Afghanistan. Là également, le problème de la drogue est tout aussi difficile à résoudre en raison des diverses relations existant entre les gouvernements et les tribus dans cette région du monde. Ce sont les groupes politiques, les associations de malfaiteurs, actifs dans cette région qui rendent impossible toute intervention effective.

L'héroïne de l'Asie du Sud-Ouest provient pour l'essentiel d'une région généralement désignée par le terme «le Croissant d'or», région frontalière de trois pays, l'Iran, l'Afghanistan et le Pakistan. Les gens des tribus qui occupent les terres dans la région entre le Pakistan et l'Afghanistan, par exemple près de la passe de Khaybar, dominent le trafic de l'héroïne. Ils produisent l'opium, fabriquent l'héroïne et la distribuent dans des endroits comme Karachi, où les membres de gangs internationaux viennent prendre livraison de la drogue pour l'importer dans d'autres pays, dont le Canada.

Il faudrait donc, pour arrêter la production de l'héroïne, intervenir dans la région des tribus, mais ces dernières ont leurs propres lois. Elles produisent de l'opium, depuis longtemps, pour les mêmes raisons que les tribus montagnardes le produisent dans l'Asie du Sud-Est, de sorte qu'elles ne voient pas le problème sous le même angle que nous. Pour elles, l'opium est un mode de vie, et comme elles appliquent leurs propres lois, on ne les voit guère intervenant contre la production d'héroïne dans leur pays.

Lorsque la drogue a été vendue aux bandes organisées de localités comme Peshawar, dans le nord du Pakistan, région limitrophe des terres des tribus, ces bandes sont trop puissantes pour que l'on puisse faire intervenir les forces de l'ordre.

Je devrais mentionner, à cet égard, que le Canada reçoit... Lorsque je parle du Canada ou de tout autre pays, j'entends par là les bandes organisées, les réseaux illégaux ou illicites de

## [Texte]

distribution systems within those countries. But Canada receives a great deal of hashish from that part of the world. The shipments come from Afghanistan, through the Khyber area, into Pakistan and down through Karachi.

Again, trying to stop the flow in that particular area is extremely difficult because of the political problems in that area. The Afghans are largely the people who produce the hashish. They traffic the hashish across through the Khyber, and there are hundreds of thousands of refugees in Pakistan, and this makes up some of the networks that distribute them to the western world. I would say that there are like systems going the other way. And of course, even in places like the Soviet Union there are distribution systems for hashish evolving because of the flow from that part of the world.

Because of the political difficulties in that part of the world there is little or nothing that can be done in the short term to deal with it. Afghanistan has produced the cannabis plant, hashish, for years and years, and with the little control there is in place, there is really nothing that I can see that would effectively curb that production and that movement from that area.

The next area I will just turn to for a moment is India. We do get a fair number of heroin shipments in from India. The opium generally is produced in Pakistan, tri-border area with Afghanistan, and shipped to India, or alternatively, because of India's location, from Burma, the golden triangle area. But the conversion labs are set up in India, and illicit heroin is produced.

I should also mention that India is a very large producer of licit opium for the licit market. Because they use the traditional poppy-scraping methods, a lot of diversion can occur from the licit trade into the illicit side, and again heroin is produced. Generally, we see heroin produced in areas where they have access, or can have access, to precursor chemicals that are required for that production. There is a great deal of infrastructure that is necessary to ship in the chemicals, to set up the conversion lab, and then to market the heroin to the western world.

Indian groups in India have connected, certainly in many situations, to Canada to various networks and groups here. The same is true with respect to Pakistan, and as I mentioned before the same is true with southeast Asia, through Hong Kong and so forth.

The next area I will touch on is Lebanon. And, of course, everyone knows the civil strife that is going on there on a regular basis, and the drug trade is perhaps one of the sure ways of providing currency and income to many groups operating in that part of the world. And law enforcement, because of the problems that exist in that country, can do very little to stop any of the production of heroin in the Bekaa valley area, and the production of hashish.

And I might add that the tonnes of hashish that hit Nova Scotia in the last two years—one shipment was 16 tonnes, and the other was a little less than 15 tonnes—all that hashish

## [Traduction]

distribution dans ces pays. Mais le Canada reçoit une quantité considérable de haschich de cette région du monde, du haschich qui provient de l'Afghanistan et qui, par la passe de Khaybar est entré au Pakistan et a été acheminé jusqu'à Karachi.

Là encore, il est extrêmement difficile de couper cette source d'approvisionnement, en raison de la situation politique dans cette région. Ce sont surtout les Afghans qui produisent le haschich et l'acheminent par la passe de Khaybar, et comme il y a des centaines de milliers de réfugiés au Pakistan, on y recrute ceux qui constituent les réseaux de distribution dans le monde occidental. Il y a également des réseaux qui fonctionnent en sens inverse, des réseaux qui accèdent même à des endroits comme l'Union soviétique, à cause de la grande quantité de drogue dans cette région.

La situation politique de cette région rend pratiquement impossible toute action dans un proche avenir. Voilà des années que l'Afghanistan cultive le cannabis, la plante qui produit le haschich, et en raison de la faiblesse des forces de l'ordre dans cette région, il n'y a vraiment rien que l'on puisse faire pour effectivement enrayer cette production et s'attaquer aux sources de cet approvisionnement.

L'autre région dont je voudrais parler est l'Inde, qui nous envoie une bonne quantité d'héroïne. L'opium provient généralement du Pakistan, de cette région limitrophe avec l'Afghanistan, et il est expédié en Inde, ou alors, il provient de la Birmanie, de la région du Triangle d'or, en raison de la situation de l'Inde. Mais c'est en Inde que sont établis les laboratoires de conversion et qu'est produite l'héroïne illicite.

Je voudrais également mentionner que l'Inde est un gros producteur d'opium destiné au marché officiel. Comme on utilise la méthode de cueillette traditionnelle, qui consiste à gratter le bulbe du pavot, il est facile de détourner de l'opium du commerce officiel vers le trafic illicite, et là, de nouveau, on produit l'héroïne, généralement dans des régions où l'on peut se procurer les précurseurs chimiques nécessaires à cette fin. Pour acheminer ces produits chimiques, pour installer les laboratoires de conversion et pour commercialiser l'héroïne dans le monde occidental, il faut une infrastructure considérable.

Les bandes organisées de l'Inde ont, en maintes occasions, établi des liens au Canada avec différents réseaux et groupes. On peut en dire autant du Pakistan et, comme je le disais tout à l'heure, de l'Asie du Sud-Est, via Hong Kong, par exemple.

L'autre région que je voudrais aborder est le Liban. Il s'y livre, nul ne l'ignore, une guerre civile constante, et le trafic de la drogue constitue peut-être l'une des façons les plus sûres d'approvisionner en fonds les nombreux groupes qui opèrent dans cette partie du monde. Là encore, les forces de l'ordre sont quasiment impuissantes à arrêter la production d'héroïne dans la vallée de la Bekaa, ainsi que la production de haschich, en raison des troubles politiques dans cette région du monde.

J'ajouterais que les tonnes de haschich qui se sont déversées sur la Nouvelle-Écosse au cours des deux dernières années—une cargaison de seize tonnes, une autre d'un peu moins de



*[Text]*

came from Lebanon. And again, there are places like Cyprus and Europe where some of the transactions are put together to put those shipments forward and to bring them into the Canadian market.

Moving then to Europe just slightly, there are many organized crime groups operating in Europe—distribution systems and schemes for the various drugs. One, in particular, is the Turkish migrant workers who move back from Turkey to Europe and again provide a great deal of heroin, that illicit heroin that moves in from the Iran and the Turkey area. It moves into places like the Netherlands, the United Kingdom, and various other major centres in Europe for trans-shipment to Canada.

• 0950

I will touch on two other areas quickly, South America and, perhaps, Jamaica, being a significant spot, only to say that I think it is important to recognize what is out there, what is available for the Canadian market. Then, when we look at the Canadian market, you will see that it is very, very easy to connect with organized crime groups in any part of the world, to have shipments arranged for any type of drugs for which there is a demand on the Canadian market.

I think the most difficult area that I see, in terms of dealing with organized crime, in terms of dealing with the production end, and in terms of the threat from that particular drug, is cocaine from South America. I think the demand for cocaine in this part of the world has set up an organized crime network in South America that will certainly challenge the right to govern some territory in that part of the world in the future, if it has not already occurred, with respect to some countries.

Large Colombian organized crime families are operating in that particular trade, and, as we see it from Canada, these organized crime groups are largely responsible for controlling the production of cocaine hydrochloride, from Bolivia and from Peru, for shipment to points in the United States and even Canada. Certainly Miami and Los Angeles are two very important staging areas.

**Ms Copps:** Are we going to have two presentations today?

**The Chairman:** It has not been planned that way.

**Ms Copps:** The reason I was suggesting that is because... It looks as if we will probably pass today and go into tomorrow's time, and I do not know how much time we are going to have tomorrow.

**The Chairman:** I think we will have to decide whether we want to have them come back or not, Ms Copps. I think we would like to hear the rest of the testimony and then we will get into some questions.

**Ms Copps:** Right, but I do not think you are going to have a chance for any questions today if it is finishing at 11 a.m. That is all I am saying.

*[Translation]*

quinze tonnes—tout ce haschich, donc, provenait du Liban et, là encore, il y a des endroits, comme Chypre et l'Europe, où se font les transactions pour acheminer ces cargaisons et les introduire sur le marché canadien.

Abordons maintenant brièvement l'Europe, où existent de nombreuses bandes organisées qui dirigent des réseaux de distribution pour les différentes drogues. Les émigrés turcs qui reviennent de Turquie en Europe constituent une autre source d'approvisionnement d'héroïne, cette héroïne illicite qui provient de la région de la Turquie et de l'Iran et transite par les Pays-Bas, le Royaume-Uni et divers autres grands centres européens avant d'être expédiée au Canada.

J'aborderai brièvement deux autres régions, à savoir l'Amérique du Sud, et peut-être aussi la Jamaïque, qui constituent un noeud important, simplement pour faire remarquer l'importance de savoir ce qui se trafique, ce qui nous arrive sur le marché canadien. Vous constaterez, en examinant ce dernier, qu'il est extrêmement facile d'établir des liens avec les réseaux de bandes organisées de quelque région du monde que ce soit, de faire envoyer des cargaisons de toutes les drogues qui sont recherchées sur le marché canadien.

Là où il me semble que l'intervention dans le milieu du crime organisé est le plus difficile, tant en ce qui concerne l'origine de la drogue que la menace qu'elle exerce, c'est la cocaïne en provenance de l'Amérique du Sud. La demande de cocaïne dans notre région du monde a donné lieu à un établissement de réseaux de bandes de malfaiteurs en Amérique du Sud qui entraineront certainement en conflit avec les gouvernement de certains pays de cette région, si ce n'est déjà un fait accompli.

De grandes mafias se sont formées en Colombie, et d'après ce que nous pouvons voir au Canada, ces bandes organisées assurent, dans une grande mesure, le contrôle de la production du chlorhydrate de cocaïne en provenance de la Bolivie et du Pérou, qui est alors expédiée à divers endroits des États-Unis, voire du Canada. Miami et Los Angeles constituent certainement deux plaques tournantes très importantes.

**Mme Copps:** Est-ce que nous allons entendre deux exposés aujourd'hui?

**Le président:** Nous n'avions pas prévu cela.

**Mme Copps:** La raison pour laquelle je le demande, c'est que... Nous ne parviendrons certainement pas à terminer aujourd'hui dans le temps qu'il nous reste et devons déborder sur la séance de demain, et je ne sais pas combien de temps nous aurons demain.

**Le président:** Nous allons devoir décider si nous leur demandons ou non de revenir, madame Copps. Je pense que nous aimerions entendre le reste de la déclaration, puis nous poserons quelques questions.

**Mme Copps:** D'accord, mais nous n'aurons plus le temps de poser des questions aujourd'hui si la séance prend fin à 11 heures. C'est tout ce que je voulais dire.



[Texte]

**The Chairman:** Mr. Turner, a point of order.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I think Ms Copps has a good point. Perhaps the witnesses could give us a little quicker summary. I really want to hear the discussion of the seriousness of the problem in Canada. We are going to run out of time, Mr. Chairman, if Mr. Stamler and his colleague go on too long with their presentations.

**The Chairman:** It is a difficult balance to strike, but I think Mr. Stamler is coming towards the end of his presentation.

**C/Supt Stamler:** Yes I am. I was going to say—and I appreciate the length, and apologize—that the drug problem in Canada is very closely connected to all of these locations that I have just outlined. I think the important thing that I wanted to strike with the presentation is to say that every sale of drugs that occurs in this country is only one step away from that particular international connection that I have just described. It is not a foreign situation that does not concern or involve the Canadian trade.

We are seeing, for example, organized crime groups from Colombia coming into Canada to control the distribution of cocaine here, and I think one has to recognize the power, the strength of these particular organizations, when you want to deal with, or examine, the supply side of this particular operation.

I think everybody recognizes the problems in South America. I would only point out that countries like Jamaica do supply a great deal of marijuana and hashish to groups in Canada. The production there is increasing drastically daily. So there is ample supply of any type of drug, and I think it is important to know that the people who are marketing it here in Ottawa, in Montreal, in Regina, or in Vancouver are one step away from that particular chain that I have just described. They are not people who do not come to Canada. They are not people who do not connect to Canada. They do. I think that is important to stress in looking at the illicit supply line.

• 0955

I would just make one quick point. About the possibilities for new drugs, I would like to mention that new drugs are being synthesized—they are sometimes called “designer drugs”—which can very quickly replace the illicit supply now in place. These drugs I think are a potential danger for the future, because even should we be successful in cutting a supply line from any part of the world, we will see a new drug being developed, as with the synthesis of phentonal, which is a drug sold on the west coast of the United States as “China White”, a heroin substitute which is very lethal, very dangerous, at this time, but certainly could be used to replace the normal heroin shipments from the far reaches of the world.

Again, I think I will move along just quickly and talk about the situation in Canada—very quickly because I think Assistant Commissioner Heaton will touch more on the domestic situation and perhaps some of the programs we can

[Traduction]

**Le président:** Monsieur Turner, un rappel au Règlement.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** M<sup>me</sup> Copps n'a pas tort: les témoins devraient peut-être abrégé leur exposé, car j'aimerais vraiment que nous en venions à parler de la gravité du problème au Canada. Si M. Stamler et son collègue s'attardent trop, nous allons manquer de temps, monsieur le président.

**Le président:** Il est difficile de trouver le juste milieu, mais je crois que M. Stamler en arrive à la fin de son exposé.

**Sdt pal Stamler:** Oui, j'y arrive, et je m'excuse de m'être trop étendu sur cette question. J'allais dire que le problème de la drogue au Canada était étroitement lié à tous les problèmes géographiques que je viens d'évoquer. Ce que je voulais surtout faire ressortir, c'est que chaque vente de drogue dans notre pays ne constitue qu'un des maillons de ce vaste réseau international que je viens de vous décrire. Ce qui se passe dans ces pays n'est pas sans retomber sur le trafic canadien.

C'est ainsi que nous voyons des gangs colombiens qui viennent au Canada pour y diriger la distribution de la cocaïne, et si vous voulez aborder cette question sous l'angle de la provenance de la drogue, il convient de reconnaître la puissance, l'emprise de ces bandes organisées.

C'est un problème bien connu en Amérique du Sud, mais des pays comme la Jamaïque livrent également une quantité considérable de marijuana et de haschich à des organisations canadiennes. Il n'est de jour où la production n'augmente pas, de sorte que toutes les drogues existent en abondance, et il importe de reconnaître que ceux qui en font le trafic ici, à Ottawa, à Montréal, à Regina ou à Vancouver, sont branchés directement sur la vaste chaîne que je viens de décrire. Ce ne sont pas des gens qui ne mettent pas le pied au Canada, qui n'y ont pas de relations. Ils en ont bel et bien, et c'est important d'en tenir compte lorsqu'on examine l'approvisionnement en drogues illicites.

Encore un bref commentaire: je voudrais vous faire remarquer qu'il existe de vastes perspectives pour des drogues synthétiques, souvent appelées *designer drugs*, qui pourraient très rapidement remplacer les drogues illicites actuellement trafiquées. Ces succédanés de drogues constituent une grave menace pour l'avenir parce que, même si nous parvenions à enrayer l'apport de drogues en provenance d'une région, une nouvelle drogue viendra prendre sa place, comme par exemple le succédané de fentanyl, drogue vendue sur la côte ouest des États-Unis sous le nom de *China White*, succédané de l'héroïne qui est très dangereux, voire mortel à l'heure actuelle, mais qui pourrait certainement être utilisé pour remplacer l'héroïne qui nous parvient des régions éloignées de la planète.

Je vais maintenant passer rapidement à la situation au Canada, très rapidement, car le commissaire adjoint Heaton vous parlera plus en détail de la situation telle qu'elle se présente dans notre pays, et peut-être de certains des program-

## [Text]

deal with or get involved with within Canada; things that are in our hands.

I would only say that the distribution of heroin is increasing in Canada. There are more people using heroin. When we look at the amount of organized crime groups involved in the distribution of that drug in Canada, they are situated in places such as Montreal, Toronto, and Vancouver, primarily. The demand for that drug is increasing.

The next drug I would mention on the domestic scene is cocaine. Cocaine is increasing and becoming a very, very popular drug. The distribution systems indicate there is a demand for cocaine in every part of Canada at the present time. It is being distributed through various networks and various systems, which I have outlined.

In addition to that, the threat of "crack cocaine" entering our market is something that should not be underemphasized. Crack cocaine is a product that can be ingested differently from the normal way of ingesting cocaine, which is either snorting or free-basing. That was perhaps a more difficult way of ingesting drugs for younger people. The introduction of crack cocaine means younger people can smoke cocaine. Smoking is perhaps an easier way for some to ingest this particular product. So that is one of the reasons why we are very concerned about the introduction of crack on the streets of Canada. It can be made, of course, from cocaine hydrochloride—the regular cocaine—by simply adding baking soda and boiling it in water, and then you have a crack cocaine product that can be smoked.

I will finish with the need to attack organized crime groups. I have outlined that organized crime groups are primarily responsible for the distribution of these drugs. They are, for the large part, profiting from these drugs to the tune of millions and millions and billions of dollars. They are a threat to every aspect of society. Their corruptive practices and so forth are something we should not under-play, because it is a very serious situation when they become entrenched in any society.

As I mentioned at the outset, it is difficult at times to penetrate the upper levels of organized crime. Traditionally we have dealt with the couriers and the people who touch the drug. Well, I can assure this committee that most organized crime leaders and their lieutenants will not come near a drug shipment.

• 1000

The one thing, however, they do touch, the one thing they do receive, is the money from the proceeds. Therefore the investigations to eliminate or identify organized crime activity... is to follow the money by tracing, freezing, and seizing those proceeds. Then you can identify the upper levels of organized crime. They can be prosecuted at that particular level, and in addition, their assets, those knowingly obtained from crime, and particularly from drug trafficking, can be seized. Only in that way can we dismantle crime groups.

We have found in some cases major criminals have been sentenced to imprisonment and they will operate their network

## [Translation]

mes que nous pourrions mettre sur pied, de ce qu'il nous est possible de faire au Canada même.

J'ajouterais qu'au Canada, la vente d'héroïne est en augmentation, que le nombre de consommateurs d'héroïne augmente. Les réseaux de trafiquants de cette drogue se trouvent concentrés à Montréal, Toronto et Vancouver, et la demande d'héroïne augmente.

L'autre drogue que je voulais mentionner et qui nous préoccupe, c'est la cocaïne, qui est de plus en plus appréciée. D'après les réseaux de distribution au Canada, on constate que partout, on demande de la cocaïne et qu'elle est distribuée par divers réseaux et par différents systèmes, dont j'ai déjà parlé.

Il ne faudrait pas sous-estimer, en outre, la menace de la cocaïne dite «crack», qui a pénétré sur notre marché et dont le mode de consommation diffère de l'ordinaire, soit en la prisant, soit par «free-basing». Pour les jeunes, c'était un mode d'ingestion peut-être peu commode, mais avec le «crack», les jeunes peuvent maintenant fumer la cocaïne, ce qui leur paraît peut-être plus commode. C'est l'une des raisons pour lesquelles l'introduction de «crack» dans notre pays nous préoccupe beaucoup. On peut fabriquer le «crack» à partir de chlorhydrate de cocaïne—la cocaïne ordinaire—en ajoutant simplement du bicarbonate de soude et en faisant bouillir avec de l'eau, ce qui donne le «crack», la cocaïne sous une forme qui peut se fumer.

J'en arrive au dernier point, à savoir la nécessité de s'attaquer aux bandes organisées qui se chargent de la distribution de ces drogues, qui en tirent des bénéfices qui sont de l'ordre de millions, voire de milliards de dollars. Elles constituent une menace pour toutes les facettes de la société; la corruption qu'elles répandent constitue une grave menace pour toute société dans laquelle elle s'implante, et nous ne devrions pas la sous-estimer.

Comme je le disais au début de mon exposé, il est parfois difficile de pénétrer les échelons supérieurs du crime organisé; nous nous en sommes plutôt tenus, jusqu'ici, aux messagers et aux trafiquants. Je puis vous assurer que la plupart des mafieux et leurs lieutenants ne veulent rien avoir à faire avec la drogue directement.

Cependant, ce qui les intéresse, c'est l'argent qui résulte de la vente de ces drogues. Par conséquent, les enquêtes destinées à éliminer ou à identifier les activités du crime organisé doivent se concentrer sur la provenance de cet argent. C'est de cette façon que l'on pourra identifier les hauts échelons du crime organisé. Les mafieux pourront alors être poursuivis, et leurs actifs qui se révéleront provenir directement du crime et du trafic des drogues saisis. Ce n'est que de cette façon que l'on pourra démanteler ces groupes.

Dans certains cas, nous nous sommes rendu compte que lorsque des criminels importants étaient condamnés à des



[Texte]

from prison. They will operate their network by having lieutenants move into their place while they are in prison. But the system, the infrastructure they have put into place, the money flows that are in place, will continue no matter where they go as individuals.

So I think that aspect is very important, and something that is of a very high profile at the international level as well, because a lot of international co-operation is required in that aspect.

I will finish by simply saying I think it is important that any country which wishes to deal with the drug problem look at it in a comprehensive way. It is a comprehensive problem to our society. It ranges from the people using the drugs to why they use them, the treatment, the education, the prevention programs that can be put into place to stop the demand for these drugs. On the other side, the international crime networks, the political problems in the various parts of the world, all have a bearing on whether the drug trade stops or continues.

But I think one thing is in our grasp as Canadians, and that is to reduce the demand for drugs in this country. If we reduce the demand, or eliminate the demand, there is no supply network, there are no organized crime people who can profit. Of course, that is the most effective long-range approach. The development of a strategy and developing priorities along these particular lines will go a long way to looking at the comprehensive nature of the drug trade.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Stamler. You have given us some good testimony there.

Mr. Heaton.

**Assistant Commissioner Donald H. Heaton (Commanding Officer, "F" Division (Saskatchewan), Royal Canadian Mounted Police):** Thank you very much, Mr. Chairman. I have filed my introductory comments with the clerk, and if I might have those put on record, then I will abbreviate them considerably.

I think I should also start by saying I consider it a privilege to be here. It is a difficult area. I had some trouble isolating the area I should really comment on. I think you need to know that I have been a member of the RCMP for about 35 years now, and for a large portion of that time I was involved in drug enforcement. I have held a number of supervisory positions, including a period as the Officer in Charge, Drug Enforcement, in southwestern Ontario. My résumé is also attached with the material I filed with the clerk.

There are several areas I just wanted to highlight, if I could. I think the one that bothers most people is what the growth of the drug problem has been. I really have no difficulty saying that in my view it is probably seeing growth so dramatic that it has really been unequalled by any other phenomenon in man's history. That is a pretty strong statement, but I really believe

[Traduction]

peines de prison, ils continuaient à faire fonctionner leurs réseaux de la prison, en déléguant leurs commandements à leurs lieutenants. Ainsi, l'infrastructure qu'ils ont établie, l'infrastructure financière notamment, reste en place, où que soient ses chefs.

Par conséquent, j'estime que cet aspect est très important, non seulement sur le plan national, mais international; le règlement de cette question nécessitera une grande collaboration entre pays.

Je terminerai en disant qu'à mon avis, il est important pour tout pays qui désire s'attaquer au problème de la drogue de l'envisager dans un contexte global. C'est un problème qui touche toute la société, les toxicomanes, tout l'appareil de traitement, l'éducation à faire en la matière, les programmes préventifs permettant de mettre un frein à la demande. Sur le plan international, les réseaux de crime internationaux, les problèmes politiques dans les différents pays, tout cela a un effet sur le commerce des drogues illicites.

Il y a une chose que nous pouvons faire, cependant, et c'est d'essayer de réduire la demande de drogues dans notre pays. Si nous réduisons la demande, ou si nous l'éliminons même, nous supprimons tout ce réseau d'approvisionnement, nous empêchons le crime organisé de profiter de la situation. Il s'agit évidemment là d'une façon d'envisager la question à long terme et de la façon la plus efficace. L'élaboration d'une stratégie et la mise au point de priorités allant dans ce sens permettront d'envisager cette question du trafic des drogues de façon globale.

**Le président:** Je vous remercie, monsieur Stamler. Votre témoignage était très intéressant.

Je donne la parole à M. Heaton.

**Le commissaire adjoint Donald H. Heaton (commandant de la Division «F», Saskatchewan, Gendarmerie royale du Canada):** Merci, monsieur le président. J'ai déposé auprès du greffier mes commentaires d'ouverture, et si ceux-ci pouvaient en être annexés au compte rendu, je pourrais ne vous en donner que le résumé.

J'aimerais vous dire dès le départ que j'estime qu'il s'agit d'un privilège pour moi d'avoir été invité à venir témoigner devant le Comité. Il s'agit d'un domaine difficile, et je dois vous dire que j'ai eu quelques difficultés à circonscrire la matière à traiter. Je vous précise tout d'abord que je suis membre de la Gendarmerie royale du Canada depuis près de 35 ans et qu'une bonne partie de ces années de service ont été consacrées à la lutte contre la drogue. J'ai occupé divers postes de superviseur dans ce domaine, j'ai été officier responsable du travail anti-drogue dans le sud-ouest de l'Ontario. Dans les documents que j'ai transmis au greffier se trouve mon *curriculum vitae*.

J'aimerais faire porter mes propos sur différentes questions. Un sujet qui fait couler beaucoup d'encre est celui de l'étendue et de la croissance du problème que représente la drogue. Je vous dirai carrément qu'à mon avis, la croissance de ce problème a été sans doute tellement vertigineuse qu'elle ne trouve pas son pareil dans aucun autre domaine de l'histoire



*[Text]*

that, having seen that growth over the last 20 years. Indeed, I think the magnitude of that problem has been so great that law enforcement might well be almost at a saturation point, in many respects, in what it does in trying to suppress the supply side.

• 1005

I realize that not very many years ago it was a very exotic subject, and one associated it only with the corners of big cities, and of course today, no city, no town, no hamlet, in my view, is free from drug use. I think Saskatchewan is a good example. I have been back and forth to that province several times. In my early years in that rural, agricultural-based province, drug abuse was simply non-existent. There was none. Today it can produce drug seizure and arrest statistics that a few short years ago would have been unheard of in the major cities of our country. A few I looked at: a 17-year-old high school student, son of professional people was found with 10 pounds of hashish in his bedroom; a car stalled at a traffic light had 120 pounds of hashish in the trunk; a random check of carry-on luggage at the airport yielded a pound of high quality cocaine; a group of businessmen involved in an international conspiracy to import large amounts of cocaine. And I emphasize again this is in Saskatchewan, not in New York City or Paris or in downtown Toronto. I feel it is a social problem, and in my view probably the most pressing we have at the present time.

I also touch in my paper on what I see as the need for some real alarm over the economic impact of the drug trade. In my view, the dollar cost for the enforcement, the treatment, and the education has risen to really unheard of amounts. The much larger and more significant cost again is in terms of the human misery, the loss of employee productivity, and the irreplaceable loss of a large segment of the youth of our country.

I think we need to take time to measure the vast amounts of money worldwide in the hands of drug traffickers. Literally thousands upon thousands of millions of dollars, untold amounts of money, are now controlled by criminals—unethical, immoral individuals and organizations—and it seems to me that when that occurs the ultimate impact on society is really one of considerable danger. I am sure some people would say that would make me an alarmist, but I guess I would challenge anyone to fully examine what that economic impact has been, and then to say that it ought not to create that kind of alarm.

I know too often in this quest for some ultimate solution we look to place the entire responsibility on law enforcement, or the next day we turn around and conversely suggest that we do away with it with some form of legalization, and I would want

*[Translation]*

humaine. C'est là une affirmation assez catégorique, mais je puis vous assurer que tel est bien le cas, ayant vu moi-même l'évolution de la situation au cours des 20 dernières années. Je crois que l'importance de ce problème est telle que les organismes d'application de la loi sont peut-être arrivés à un point de saturation, en tout cas pour ce qui est de la question de l'approvisionnement.

Il n'y a pas tellement longtemps, la toxicomanie n'affectait que les grandes villes, et même, était circonscrite à de petits secteurs géographiques. De nos jours, cette plaie touche villes, villages et localités reculées. La Saskatchewan est un bon exemple de l'étendue actuelle du problème. Au cours de mes premières années de travail policier dans les régions rurales et agricoles de cette province, il n'existait aucun problème de drogue. À l'heure actuelle, on y effectue régulièrement des saisies et des arrestations dont l'importance ou la nature, il y a quelques années, auraient été très surprenantes, même dans les métropoles canadiennes: la découverte de 10 livres de haschich dans la chambre d'un adolescent de 17 ans, fils d'un homme de profession libérale, la découverte de 120 livres de haschich dans le coffre arrière d'une voiture tombée en panne dans la circulation, la découverte d'une livre de cocaïne de première qualité dans une valise transportée par un passager à l'aéroport, ou encore, la mise à jour d'un complot pour importer de très grandes quantités de cocaïne, impliquant un groupe d'hommes d'affaires. Je le répète, les exemples que je vous cite viennent de Saskatchewan, non de New York, Paris ou Toronto. À mon avis, par conséquent, la toxicomanie représente le plus grave problème social de nos jours, et je crains que plusieurs n'en saisissent pas tout à fait la gravité ni l'urgence.

J'évoque également dans mon document la question de l'incidence économique de ce fléau. À mon avis, les coûts que représente ce problème au chapitre du travail policier, des soins médicaux, des campagnes de sensibilisation et de la perte de productivité dans les milieux de travail ont atteint un niveau alarmant. Il ne faut pas non plus oublier la misère humaine que la drogue occasionne, la perte de productivité, la désintégration d'une grande partie de notre jeunesse.

Il faut également tenir compte des vastes sommes d'argent que génère le trafic des drogues dans le monde. Cette activité rapporte des milliards de dollars à des criminels, ce qui crée un climat très dangereux pour le bien-être de la société. Mes propos semblent peut-être alarmistes, mais il suffit d'examiner à fond les incidences économiques de la toxicomanie pour comprendre la gravité du problème actuellement.

Aux prises avec la recherche de solutions efficaces en la matière, certains croient que la solution est de remettre toute cette question entre les mains de la police. D'autres optent plutôt pour une certaine forme de légalisation. À mon avis, il

## [Texte]

to go on record that I think neither approach is either reasonable or logical, given the circumstances.

Having had a bird's-eye view over those years, I think law enforcement has done an admirable job, in its broadest sense. Indeed, if the seizure and arrest statistics do nothing else, they testify to that fact. Drug investigators have contended with new and uncharted areas, and during my involvement I never ceased to be amazed at their dedication, the ingenuity, and the tenacity of the people who work in that field. What I am saying is I see strong enforcement action as being necessary, the emphasis, of course, on the supply side; and I endorse the supply reduction strategy of the force, which you may want to examine more.

There are some initiatives that I see as still being required in the overall enforcement posture. I think there is a need for improved awareness, both by government and the public at large. I think there is a need for a better integration and utilization of the federal resources. I think that we as a federal entity have many resources that we could be co-ordinating better in the fight against drug trafficking. I think there is maybe a better co-ordination required of federal, provincial, and municipal police forces; and I again think there is a very real need for the passage of some long overdue legislation to address the financial profits of drug trafficking. It may well be timely for some form of international agreement with drug producing countries in recognition of the significance of it all.

Having said that, in my view the strongest enforcement activity is really only a very necessary holding action, and the ultimate solution I think will have to be found somewhere else. And if there is a ray of hope, I see it in the area of preventive education.

Drug abuse is a supply and demand activity. Law enforcement only affects the supply side in any real measurable way, and I think a major emphasis must be placed on the demand side. Young people have to make the kinds of decisions not to use drug substance. When the market dries up, there simply will not be much of a problem with the supplier. I know that sounds pretty idealistic, but by its simplicity it holds a hope for some solution.

• 1010

I would like to bring to your attention that in recent years that kind of awakening of public concern has occurred. Community-based volunteer organizations have evolved. There are groups in Ontario, like the Council for Drug Abuse, Alcohol and Drug Concerns Inc., Parents Against Drugs, The Parents Research Resource Institute for Drug Education in Saskatchewan, and I think there are many others across the country.

Most provinces have good alcohol and drug agencies as social services, and the Government of Saskatchewan has gone one step further by committing itself to the fight against drug abuse very recently.

The Premier announced an initiative that has as its cornerstone the co-ordinated effort of the Ministries of Health,

## [Traduction]

n'est ni raisonnable ni logique de prétendre que l'une ou l'autre de ces possibilités soit la solution unique.

De façon générale, pendant toutes ces années, les organismes d'application de la loi ont fait un travail admirable dans ce domaine, comme en témoignent les statistiques sur les saisies et les arrestations. Les enquêteurs anti-drogues ont dû faire preuve de beaucoup d'initiative en raison de la nature relativement nouvelle des techniques en la matière. J'ai toujours été émerveillé par le dévouement, l'ingéniosité et la ténacité des agents. Les efforts anti-drogues énergiques doivent se poursuivre, en particulier au niveau de l'offre. La stratégie de la Gendarmerie visant à réduire l'offre est à mon avis très bonne, et vous voudrez sans doute l'étudier davantage.

D'autres initiatives s'imposent pour améliorer notre rendement à cet égard, par exemple, une plus grande sensibilisation du gouvernement et du grand public, une meilleure intégration et utilisation des ressources fédérales, une meilleure coordination des efforts policiers aux niveaux fédéral, provincial et municipal—et j'estime que la Gendarmerie a des ressources qui pourraient être profitables en la matière—ainsi que l'adoption tant attendue d'une législation visant les profits des trafiquants. Il serait peut-être temps également de signer des ententes avec les pays producteurs, étant donné le caractère international de la toxicomanie.

La mise en oeuvre de telles mesures ne peut qu'endiguer le flot des drogues, et il faut chercher ailleurs une solution à ce problème. Et si un rayon d'espoir luit, c'est sans doute dans le domaine de la prévention et de l'éducation que l'on doit le trouver.

Le trafic des drogues, comme tout autre commerce, se fait en fonction de l'offre et de la demande. C'est la raison pour laquelle c'est à cet aspect du problème qu'il faut s'attaquer. Il faut convaincre les jeunes de ne pas consommer de drogues. De cette façon, la clientèle disparaîtra et la demande diminuera. Cette solution est peut-être un peu idéaliste, mais sa simplicité donne une certaine lueur d'espoir.

Au cours des dernières années, il y a eu de plus grandes prises de conscience de la part du grand public, et les organisations communautaires bénévoles ont évolué en conséquence. Il existe en Ontario des groupes comme le *Council for Drug Abuse, Alcohol and Drug Concerns Inc., Parents Against Drugs, The Parents Research Resource Institute for Drug Education*, en Saskatchewan, et beaucoup d'autres organismes du genre au pays.

Les services sociaux de plusieurs provinces regroupent des organismes d'aide aux alcooliques et aux toxicomanes; le gouvernement de la Saskatchewan s'est engagé encore davantage, puisqu'il a décidé, très récemment, de s'engager dans la lutte contre la toxicomanie.

En effet, le premier ministre de cette province annonçait récemment la concertation des efforts des ministères de la



## [Text]

Education and Justice, as well as establishing some new and expanded treatment services. I have brought along, for you people, the research material from that particular Premier's initiative, which has, as I say, happened very recently.

As good as these various steps are, I worry that it may be a little too little too late. Our youth may be reached at a very tender age with a thoughtful anti-drug message and then it must be fortified in some regular way.

Individual groups seem to recognize this. But, again, in my view, there are two major drawbacks: a lack of co-ordination and a lack of money. I think the co-ordination question was partially addressed in Toronto, with the creation of a drug education co-ordinating council, which brings together the majority of these agencies and tries to avoid program overlapping.

There is no question of the advantages of this body, but funding, I think, still remains a major problem for these types of organizations. Most of them rely almost exclusively on voluntary donations for their program, and it is difficult to then have them move away from a type of program that gives them the visibility they need to attract that funding. So the whole thing becomes much more difficult.

It is an area the government might want to address, but, again, I caution in my paper that there is a wealth of knowledge and commitment within these volunteer organizations that I think has to be harnessed, rather than interfered with. I think I should comment that the RCMP, while committed to the attack on the supply side, has not ignored the preventive education area, and has really been involved from the onset with the resources committed to that field, most recently in collaboration with the National Hockey League and the Canadian Football League. These are two initiatives that I think are quite important.

But I will just spend a few minutes in what I consider the most outstanding contribution from the police profession: the combined effort of all of the Ontario police forces. This, of course, includes the RCMP and the OPP.

They worked under the banner of the Ontario Association of Chiefs of Police. The Drug Abuse Committee of that association has quietly devoted an untold amount of time and money developing and delivering sensitive, well-thought-out programs to schoolchildren.

They started with a program they called *A Beginning*. They refined it into *Consider the Source* and a new program called *With Friends Like That*. This covers the range of school-aged children from grade five up through grade nine. The one program, *Consider the Source*, was delivered to about 350,000 children in a three-year span. So really, they are not minor programs, they are programs that are having a significant impact. I think the police profession has shown in that province that it has a rather dynamic delivery system to deliver that kind of program to schoolchildren.

## [Translation]

Santé, de l'Éducation et de la Justice, ainsi que la mise en oeuvre de services de traitement nouveaux et étendus. J'ai apporté de la documentation pertinente pour votre gouverne.

Malgré l'importance de ces mesures, peut-être celles-ci sont-elles insuffisantes et arrivent-elles un peu tard. C'est dès la tendre enfance qu'il faut faire comprendre à nos futurs adultes à quel point l'utilisation de la drogue est mauvaise. Par la suite, on pourra renforcer de façon régulière ce message.

Différents groupes qui militent en ce domaine reconnaissent bien cette question; cependant, deux problèmes se posent: le manque de coordination entre les groupes et le manque de fonds. À ce sujet, le *Drug Education Co-ordinating Council* a été créé à Toronto afin de réunir la majorité des organismes et services qui oeuvrent dans la prévention de la toxicomanie, et ce, pour éviter les chevauchements de programmes.

Il n'y a aucun doute quant aux avantages d'un tel groupe coordinateur; cependant, le succès de ces organismes demeure conditionnel au financement reçu. Plusieurs des organismes membres dépendent exclusivement de dons, et il est donc difficile de leur demander de délaisser un programme qui suscite des contributions pour un autre programme quelque peu différent qui aurait un plus grand apport dans la lutte anti-drogue.

Le financement est donc une question sur laquelle le gouvernement devrait se pencher, mais en tenant compte évidemment de l'expérience et du dévouement des bénévoles membres de cette organisation. Le gouvernement devrait faire fructifier leur apport et non s'immiscer dans celui-ci. Je m'en voudrais de ne pas mentionner les propres efforts de la Gendarmerie royale quant à la prévention de la toxicomanie. La Gendarmerie s'occupe en effet depuis assez longtemps de cet aspect du problème et, tout récemment, elle a participé à une campagne anti-drogue, de concert avec la Ligue nationale de hockey et la Ligue canadienne de football. Il s'agit là de deux initiatives qui sont à mon avis très importantes.

Je voudrais signaler tout particulièrement l'apport de tous les services de police de l'Ontario, y compris la police provinciale de cette province et la GRC.

Sous la bannière de l'Association des chefs de police de l'Ontario, ils ont consacré beaucoup de temps et d'énergie à mettre au point des programmes à l'intention des élèves de cette province.

L'association a tout d'abord commencé avec le programme *A Beginning*, qu'elle a amélioré et remplacé par «Considérer la source», pour ensuite en arriver à un nouveau programme à l'intention des élèves de septième et huitième années, intitulé: «C'est ça des amis?» De cette façon, de la cinquième à la neuvième année, tous les élèves ont été informés. Au cours d'une période de trois ans, le programme «Considérer la source» a été présenté dans environ 12,200 classes, c'est-à-dire à environ 350,000 écoliers. L'importance de ces programmes n'est certainement pas à minimiser, car ceux-ci ont une



## [Texte]

As I come to the end of my presentation, I would like to say that my involvement in the drug field has not been without some disappointments. I think probably the most acute disappointment has been the tardiness of governments in addressing very important aspects of the problem.

In 1980, the Ontario Association of Chiefs of Police and the Canadian Association of Chiefs of Police passed resolutions that sought some legislation to control drug paraphernalia outlets. In 1981, that resolution was repeated, and further resolutions were made, seeking initiatives in drug abuse preventive education, as well as legislation to control the economic impact of drug trafficking. Of course, those words have come forward from other organizations and there has really been very little done.

• 1015

I just mention the paraphernalia question because I think if we are really serious about the drug problem, there is probably no better place to start than to look at the drug paraphernalia. At a time when we put forth preventive education of our young people as a priority, there is an industry that thrives in this country delivering a completely contradictory message. We permit retail outlets that are called "head shops" to operate, and they distribute literature, equipment, and material to facilitate and enhance the use of illicit drugs. The paradox of such an industry is all too obvious. It really relies on the message of drugs and their glamour for youth, and it delivers a message that really is directly opposite to what needs to be taught. In my view, legislation to control this industry is long overdue.

I have in a sort of broad-brush way touched on many areas. I have not provided any recommended cures. I do not think they hold the long-term remedy. I just conclude by saying some years ago I was doing some research on the drug area—a good number of years ago—and I came across the following quote from a former Deputy United States Attorney General, which has stayed with me ever since. I think it best sums up the problem. He said:

The best defence against drug abuse is, as it has always been, to maintain a proper balance in the attack on the interrelated problems of demand and supply, prevention and control. Drug abuse cannot be solved by the federal government alone. We must summon the energy of all concerned at state and local levels. We must recognize that, like every deep problem of a free people, drug abuse can be resolved adequately only by the community, the family, and the individual in terms of the direct responsibility he bears to those about him.

I think Canada is not much different from the United States in that regard.

## [Traduction]

importance considérable. Dans cette province, la force policière a fait preuve de beaucoup de dynamisme.

Finalement, je dois vous dire que mon travail dans ce domaine ne s'est pas fait sans certains désenchantements. J'ai été déçu surtout de me rendre compte que les gouvernements ne semblaient pas pressés de régler certains aspects importants de cette question.

En 1980, l'Association des chefs de police de l'Ontario et l'Association canadienne des chefs de police ont adopté des résolutions visant la promulgation de mesures législatives sur le commerce d'articles reliés à la consommation de drogues. En 1981, elles ont présenté cette résolution de nouveau, ainsi que d'autres, pour demander des initiatives fédérales sur l'éducation préventive en matière de toxicomanie, ainsi que des mesures anti-drogues axées sur les profits des trafiquants. D'autres organisations ont exprimé des préoccupations semblables, mais rien ne semble s'être matérialisé suite à ces pressions.

Si je mentionne le commerce d'articles reliés à la consommation de drogue, c'est qu'à mon avis, si l'on veut vraiment régler le problème de la toxicomanie, c'est bien là qu'il faut commencer. Il est un peu contradictoire de mener des campagnes anti-drogues orientées vers nos jeunes gens et de tolérer des commerces qui, par leurs marchandises, documentation, articles et matériels, encouragent et facilitent la consommation de ces substances dangereuses et illicites. Le paradoxe est tellement évident. Ces commerces exploitent l'image réelle ou fausse que les jeunes se font de la drogue, leur communiquant des messages qui vont à l'encontre de ce que l'on devrait leur enseigner. Il est donc plus que temps de légiférer dans ce domaine.

J'ai traité ici de divers sujets sans avoir pour autant proposé de remède, car, à mon avis, les moyens préconisés ne constituent pas véritablement des solutions à long terme. En guise de conclusion, je vous dirai qu'il y a quelques années, lorsque je faisais de la recherche en toxicomanie, les propos d'un ancien sous-procureur général des États-Unis m'ont frappé. Je ne les ai pas oubliés et je crois d'ailleurs qu'ils résument très bien la situation. Cette personne disait ceci:

Pour lutter contre l'abus des drogues, la meilleure façon est et sera toujours de maintenir un équilibre entre la réduction de l'offre et de la demande, la prévention et la surveillance. La lutte anti-drogue n'incombe pas uniquement au gouvernement fédéral. Il faut réunir les efforts de tous les organismes compétents au niveau de l'État et des municipalités. Il faut reconnaître que, comme pour tout problème profond d'un peuple libre, la toxicomanie ne peut être résolue de façon adéquate que grâce à la participation de la collectivité, de la famille, des individus, tous responsables les uns envers les autres.

Je ne crois pas que la situation au Canada soit très différente par rapport aux États-Unis.

[Text]

**The Chairman:** Thank you very much, Assistant Commissioner Heaton. We appreciate your testimony.

Ms Copps.

**Ms Copps:** I was a bit surprised to hear Mr. Heaton say that in his experience the drug problem has experienced a growth unequalled by any other phenomenon in history. I wonder if the force has any views on alcohol.

**A/Commr Heaton:** I tend to be one who does not distinguish the two. I do not think you can talk about the drug problem without including alcohol, in the broad sense. But the growth of the drug problem... I think I was then talking about the illicit drugs. I do not have those kinds of statistics on alcohol.

**Ms Copps:** You were dealing with the issue of illicit drugs in terms of the magnitude of the problem.

**A/Commr Heaton:** I think when I made that particular statement... when I talk about drug abuse... and anybody, as your committee goes on and talks to people on the drug issue... those people involved in treatment and prevention and all of those areas will not permit a distinction between alcohol and illicit drugs. They will put alcohol into that same category.

**Ms Copps:** We are dealing now with illicit drugs. Chief Superintendent Stamler said in his presentation that if you look at the southern Ontario area, there is a heroin addict population of upwards of 5,000 people. I do not have the figures on alcohol abuse, but it would seem to me that in the City of Toronto alone you would find many times more than 5,000 people who would be directly affected by abuse of licit drugs, not illicit drugs.

**C/Supt Stamler:** If I could respond to the one point about the 5,000, of course that deals with one drug type only, and that is heroin. With it come the thousands and thousands who are using cocaine, the many more who use cannabis, and so forth. But in addition to that we must not forget the dangers of mixing the various drugs with alcohol as well, and that becomes even a greater danger.

I realize what you are identifying in your question. I will go back to allowing you to finish asking it. But the question of 5,000 I think has to be looked at in the much broader context of all other drug use in Toronto; and the numbers would be staggering.

**A/Commr Heaton:** If you wanted to go back into the late 1960s, somewhere in that era, in the province of Ontario—the total province—59 people were convicted for drug offences, in all categories.

• 1020

Of those 59 cases, 48 of them were in the city of Toronto, so there were 11 drug convictions outside of Toronto. Now, in the 1980s that figure fluctuated around, but it would seem to me in Ontario it got up into the 20,000 range. So to go from a figure of 15 up into the 20,000 range is, I think, quite signifi-

[Translation]

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur le commissaire adjoint. Nous apprécions votre témoignage.

Madame Copps.

**Mme Copps:** J'ai été quelque peu surprise d'entendre M. Heaton nous dire qu'à son avis, le problème de la drogue a connu une croissance à nulle autre pareille dans l'histoire du monde. Quel est le point de vue de la force policière en ce qui concerne l'alcool?

**Comm. adj. Heaton:** Personnellement, je n'établis aucune distinction entre ces deux problèmes. Je ne crois pas que l'on puisse parler du problème de la drogue sans y inclure l'alcool dans un sens large. Cependant, lorsque je parlais de la croissance du problème, je voulais parler des drogues illicites. Je n'ai pas ce genre de statistiques en ce qui concerne l'alcool.

**Mme Copps:** Vous parliez de la question des drogues illicites et de l'étendue du problème.

**Comm. adj. Heaton:** Lorsque je faisais cette déclaration... Lorsque je parle de l'abus de drogues... En fait, toutes les personnes qui ont quelque chose à dire sur cette question, toutes les personnes qui s'occupent de traitement et de prévention n'établissent pas de distinction entre l'alcool et les drogues illicites. Elles rangent l'alcool dans cette même catégorie.

**Mme Copps:** Nous parlons ici de drogues illicites. Le surintendant principal Stamler disait dans son exposé que dans le Sud de l'Ontario, il y a plus de 5,000 héroïnomanes. Je n'ai pas les chiffres en ce qui concerne les alcooliques, mais il me semble que dans la seule ville de Toronto, il y a beaucoup plus que 5,000 alcooliques, donc, des personnes qui feraient un abus de drogues considérées comme légales, par rapport aux drogues qui ne le sont pas.

**Sdt pal Stamler:** Ce chiffre de 5,000 concerne uniquement les héroïnomanes. Il faut ajouter à cela les milliers de personnes qui font usage de cocaïne, le très grand nombre qui utilise le chanvre, etc. Mais en plus de cela, il ne faut pas oublier les dangers que représente l'utilisation de ces différentes drogues en même temps que l'alcool. Cela représente un danger encore beaucoup plus grave.

Je vois très bien ce que vous voulez dire et je vous permettrai de finir de poser votre question. Cependant, quand on parle de 5,000, il faut envisager ce nombre dans un contexte beaucoup plus vaste, celui de la toxicomanie diversifiée qui existe à Toronto. Le chiffre, dans ce cas, serait effrayant.

**Comm. adj. Heaton:** Si vous vous reportez vers la fin des années 60 dans la province de l'Ontario, et je parle ici de toute la province, 59 personnes ont été condamnées pour des infractions se rapportant à l'abus de drogues, de drogues de toutes catégories.

Sur ces 59 cas, 48 se trouvaient dans la ville de Toronto; il y a donc eu 11 condamnations reliées à la drogue hors de Toronto. Ce chiffre a subi des fluctuations dans les années 80, mais je crois qu'en Ontario, il a atteint les 20,000. Il est donc remarquable de constater cette ascension vertigineuse de 15 à



[Texte]

cant. In that same era there were probably four juveniles in all of Canada, in 1964-65, involved with drug offences, and now it is into the 10,000 to 20,000 range of young people under 20 years old who are involved with that type of offence.

**Ms Copps:** If you are looking at it from the point of view of drug offences, according to the information we have been presented with here, since 1981 the number of drug offences recorded in Canada has declined from 75,196 to 54,950. So if you are using drug offences as your indicator, then presumably since 1981 the problem has decreased. Those are RCMP figures.

**C/Supt Stamler:** I would explain the figures, and then turn it over to Assistant Commissioner Heaton to respond to the specific question.

With respect to the figures, we must also realize that the enforcement approach to drug possession has changed in this country. We have seen a higher tolerance level today than we did several years ago. Our whole enforcement program several years ago was directed more at the street-user level rather than at the trafficking level. I would say that those figures have declined in part because of a change in direction by police forces using limited resources to attack the supply side at the higher level, which means quality rather than quantity, and a change in tolerance by parents, by teachers, and by the public in general, where a small possession of marijuana is not considered to be a prosecutable situation. The whole shift occurred as a result of that, and that is the number change.

**Ms Copps:** I see also that in 1984 the seizures of cannabis by the RCMP were diminished by 76%, which I think reflects that change in emphasis.

Given that change in emphasis, I would maybe question a statement that was made by Mr. Heaton with respect to the question of decriminalization or legalization. You said, we eliminate it by some form of legalization, but neither extreme is reasonable or logical. I wonder if you could elaborate on that, given that the RCMP is changing its emphasis toward what could be deemed more serious drugs.

**A/Commr Heaton:** I do not think the RCMP has done that. I think they have said, Where are we going to make the most impact?—and as a result have tried to escalate their enforcement upwards. That has happened as a necessary approach. But the suggestion that this would be construed as a type of legalization, I did not hold that—

**Ms Copps:** No, no. You say here that some people suggest some form of legalization. The Le Dain commission, back in the 1960s, talked about decriminalization of marijuana.

**A/Commr Heaton:** I think since then that thinking or that thought has lost its acceptability, due to the increasing research into the harmful effects of cannabis and marijuana, which really is not my field, but I can read also, and I think there is not that same quest for legalization. I do not think that

[Traduction]

20,000. À cette même époque, en 1964-1965, il y avait sans doute quatre jeunes gens incriminés de consommation de drogue et, à présent, il doit y avoir de 10,000 à 20,000 jeunes gens de moins de 20 ans qui ont été inculpés pour ce genre de délit.

**Mme Copps:** Si l'on examine la question sous l'angle des délits de la drogue, d'après l'information qui nous a été donnée ici, le nombre de ces délits, au Canada, a diminué, depuis 1981, de 75,196 à 54,950. Si vous prenez donc le nombre de délits de la drogue pour indice, vous devez reconnaître que le problème a diminué depuis 1981. Ce sont là les chiffres de la GRC.

**Sdt pal Stamler:** Je vais vous donner une explication pour les chiffres, et je donnerai ensuite la parole au commissaire adjoint Heaton, qui répondra plus particulièrement à votre question.

En ce qui concerne les chiffres, il faut bien se rendre compte que l'application de la loi sur la possession de drogue a changé dans ce pays et que l'on est beaucoup plus tolérant à cet égard qu'on ne l'était il y a quelques années. Nos méthodes d'application étaient orientées davantage vers l'utilisateur que vers le trafiquant, et si ces chiffres ont diminué, c'est en partie parce que la police a adopté une orientation différente, utilisant plutôt ses ressources limitées pour s'attaquer aux gros bonnets de l'approvisionnement de drogue, visant la qualité plutôt que la quantité, et aussi parce que les parents, les enseignants et le public en général se montrent plus tolérants à l'égard de la drogue et que la possession d'une petite quantité de marijuana n'est plus considérée comme un délit grave. Ce sont toutes ces mutations qui expliquent le changement dans les chiffres.

**Mme Copps:** Je constate également qu'en 1984, les saisies de cannabis par la GRC ont diminué de 76 p. 100, ce qui traduit, je pense, ce changement dans les attitudes.

Compte tenu de ces changements d'optique, j'aimerais peut-être remettre en cause une déclaration faite par M. Heaton sur la décriminalisation ou la légalisation. Vous disiez que nous éliminons le problème en le légalisant en quelque sorte, mais aucun extrême n'est raisonnable ou logique. Pourriez-vous nous parler de cela un peu plus longuement, compte tenu du fait que la GRC change de tactique à l'égard de ce qu'on peut considérer comme des drogues plus sérieuses?

**Comm. adj. Heaton:** Je ne pense pas que la GRC ait agi ainsi. Elle s'est plutôt demandé où son action allait être la plus efficace et elle a donc essayé de faire appliquer plus rigoureusement la loi. C'était une attitude qui s'imposait, mais si vous me dites que l'on peut considérer cela comme une forme de légalisation, ce n'est pas ce que j'ai dit...

**Mme Copps:** Non, vous disiez que certains avaient proposé une forme de légalisation. La Commission Le Dain, dans les années 60, avait parlé de décriminaliser la marijuana.

**Comm. adj. Heaton:** Les mentalités ont changé depuis, et les travaux de recherche ont montré les effets nocifs du cannabis et de la marijuana. Je ne connais pas bien cette question, mais d'après mes lectures, je constate que l'on ne réclame plus autant la légalisation. Il n'est pas raisonnable d'espérer



[Text]

is a reasonable way to solve the problem by merely saying, well, we had better give up and legalize it.

**Ms Copps:** I guess there is an inconsistency, and that is what I would like to ask you about. If the RCMP is reducing its pursuit, and I think you said public tolerance for consumption of small amounts of marijuana has been on the increase, there obviously has been a change in the public's mind. And if you really expect people to come forward and support you in your fight against drugs, I think you have to present a rather realistic viewpoint. I do not know how realistic it is to lump marijuana in with heroin.

**A/Commr Heaton:** Well, that is precisely what has happened. As a field commander, when I was confronted with 10 potential drug cases, which was an everyday occurrence, I obviously had to pick what I thought was the most significant one, because no longer does a police commander have the kinds of resources—nor do I advocate he could have those kinds of resources—to cover the whole gamut. He has to pick the most serious one or the one that is going to have the most significant impact.

• 1025

**Ms Copps:** From the stories that we heard today about the network that is out there, I think it is fairly safe to say that you will never stop the supply side because, on the one hand, you have networks all over the world, and, on the other hand, you have the technology now to develop designer drugs here in our own country.

If that is the case, obviously, the only way you can fight the problem is through preventive measures, encouraging the consumer to stop consumption. I guess it is my view that you cannot go and tell young people in the schools that it is terrible to smoke marijuana, and it is terrible to be involved with drugs, when we see hundreds of thousands of Canadians abusing legal drugs, which have been accepted in a societal way, like alcohol. They are getting a mixed message.

**The Chairman:** Superintendent Stamler.

**C/Supt Stamler:** Mr. Chairman, I would like to respond to the question in this way. I agree that you can put that kind of position forward. One of the problems, as you go on with the concept of legalization, is that—we have started with alcohol, we have started with tobacco. Logically, the next one, people might argue, is marijuana.

That does not relieve the problem, by any means, because cocaine is just around the corner. So then you deal with cocaine and you say, if we are going to deal with this organized crime problem, in the same way that we dealt with marijuana, then why not take the same approach with respect to cocaine?

The next one, of course, is all the vast number of illicit chemical drugs that are available, LSD, PCP, and others. You would have to eventually concede, if you will, on the same argument: that drug is a little bit too dangerous; where does that one fall?

[Translation]

résoudre le problème en jetant l'éponge et en consentant à légaliser cette drogue.

**Mme Copps:** Il doit y avoir un manque de logique ici, et c'est là-dessus que je voulais vous interroger. Si la GRC relâche son action, et si le public, comme vous l'avez dit, accepte beaucoup mieux la consommation de marijuana en petite quantité, et si celle-ci augmente, c'est que, de toute évidence, il y a eu un changement des mentalités. Si vous voulez vraiment que les gens vous appuient dans votre lutte contre la drogue, vous devez vous montrer réalistes. Je ne sais pas s'il est vraiment réaliste de mettre la marijuana et l'héroïne dans le même sac.

**Comm. adj. Heaton:** Eh bien, c'est précisément ce qui s'est passé. Lorsque j'étais chef des opérations et que je me trouvais devant une dizaine de cas qui pouvaient devenir des délits de drogue, ce qui arrivait tous les jours, j'étais bien obligé de choisir ce qui me paraissait le plus important, car la police n'a plus les ressources nécessaires pour traiter tous les cas, et je n'en demanderai pas non plus autant. Le chef des opérations doit donc faire le tri, choisir l'affaire qui risque d'être la plus grave ou d'ouvrir le plus de possibilités.

**Mme Copps:** D'après ce que nous avons entendu aujourd'hui sur le réseau qui est en place, on peut en inférer, sans trop de risques de se tromper, que vous ne serez jamais en mesure d'empêcher l'approvisionnement en drogue parce que, d'une part, il existe des réseaux dans le monde entier et que, d'autre part, il existe une technique permettant de synthétiser des drogues ici-même, dans notre pays.

Si tel est le cas, il ne nous reste d'autre recours que de lutter contre le problème par la prévention, en encourageant le consommateur à s'abstenir de consommer. Comment peut-on aller dans les écoles dire aux jeunes gens que c'est une chose grave que de fumer de la marijuana et un terrible délit que de trafiquer de la drogue, alors que nous voyons des centaines de milliers de Canadiens qui abusent de drogues légales, celles que la société accepte, comme l'alcool. Les jeunes sont exposés à une morale ambivalente.

**Le président:** Le surintendant Stamler.

**Sdt pal Stamler:** Monsieur le président, j'aimerais répondre à cette question: je reconnais qu'on peut voir les choses sous cet angle. Si l'on parle de légalisation, on peut effectivement prendre pour attitude qu'on a bien accepté l'alcool, ainsi que le tabac, et qu'en bonne logique, il ne nous reste plus qu'à accepter la marijuana.

Le problème n'en est pas résolu pour autant, parce que c'est ensuite le tour de la cocaïne. On en arrive alors à dire que si l'on veut s'attaquer à ce problème du trafic de la drogue de la même façon qu'on l'a fait pour la marijuana, pourquoi ne pas appliquer également la même méthode à la cocaïne?

Allons un peu plus loin, et nous nous trouvons devant une panoplie de drogues chimiques illicites, comme le LSD, le PCP, et bien d'autres. Il faudra bien finalement céder devant le même argument, à savoir qu'une certaine drogue est vraiment dangereuse, et que penser d'une autre?

## [Texte]

And then the next question you come to is how you dispense those particular drugs. First of all, the international environment is not conducive, at this particular time, to relaxing the approach in that way, and we are tied into international conventions. But besides that, where do you stop? How do you dispense the drugs? Where will they be purchased from? In other words, are you going to allow marijuana to be purchased from big crime bosses in Jamaica, or do you have your own licit supply? This is not available at the present time, internationally, unless we produce it nationally.

So all of those things have to be taken into consideration, and, when you get down to the bottom line, you say, well, cocaine should be dispensed from a corner store the same way as alcohol is, or from a regulated outlet controlled by government. Then the next question is, what about diazepam, tranquilizers that are prescribed by physicians? Should they not equally be available at that corner store? Why should I have to go to a physician to get a mild tranquilizer and yet I can go to the corner store to pick up one of the more potent drugs, which is considered a licit recreational type of drug?

What is happening is that the shift then suddenly changes, where drugs are not dispensed for health reasons. They are dispensed for recreational reasons, and you can argue alcohol versus the other drugs on that point, but the point is there are other consequences then: the sale of those particular drugs, the purity of them, the safety of them. Then you have the combined use of drugs. Marijuana and alcohol are going to be used.

We have another problem, and that is to measure the level of influence by individuals who are using those particular drugs. We can use drug tests to say yes, he is using marijuana, no, he is not; but we cannot say, at this stage, as we can with alcohol, to what extent that person is under the influence of that particular drug. The drug becomes much more complex, in terms of body chemistry, and it becomes a situation that you cannot measure or control.

• 1030

So we are at least in the situation with alcohol where, first of all, you can usually detect alcohol use on an individual because of eyes, breath, smell. You cannot do that with many of the drugs. So how do you then suggest that all of these potent drugs perhaps should be available licitly and yet you have no controls, or no sign of controls, in the workplace? Those are the questions.

**Ms Copps:** I understand a lot of the problems.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, let me welcome our witnesses, and our new member of the committee, Ms Copps, as well, to what we decided just before Christmas, with a consensus among ourselves, was an issue we wanted to focus on as a standing committee, the illicit drug problem in Canada.

## [Traduction]

La question suivante qui se pose alors, c'est de savoir qui distribuera ces drogues. Il faut bien comprendre qu'à l'heure actuelle, le milieu international n'est pas disposé à assouplir son attitude sur ce point, et nous sommes liés par des conventions internationales. Mais même si l'on écarte cet argument, jusqu'où pouvons-nous aller? Comment ces drogues seront-elles vendues? À qui les achètera-t-on? Autrement dit, allez-vous autoriser les gangsters de la Jamaïque à nous vendre ces drogues, ou allez-vous assurer officiellement votre propre production? Une telle situation ne se présente pas à l'heure actuelle sur la scène internationale, et il faudrait donc que nous produisions nos propres drogues.

Il faut donc tenir compte de tous ces facteurs, et lorsque tout est bien considéré, vous en arrivez à dire que la cocaïne devrait être vendue chez l'épicier du coin, de la même façon que l'alcool, ou dans un débit officiellement réglementé par le gouvernement. On en arrive alors à la question suivante: qu'en est-il du diazépam, des tranquillisants vendus sur ordonnance médicale? Est-ce qu'on devrait également pouvoir se les procurer au magasin du coin? Pourquoi aller chez le médecin me faire prescrire un médicament tranquilisant bénin, alors que je peux aller n'importe où pour me procurer des drogues beaucoup plus puissantes, considérées comme des drogues récréatives autorisées?

C'est alors toute la nature de la question qui change, les médicaments n'étant plus vendus à des fins médicales, mais à des fins récréatives, et vous pouvez alors assimiler l'alcool aux autres drogues sur ce point, mais cela entraîne d'autres conséquences: la vente de ces drogues, leur pureté, leur innocuité. Vous aurez alors le problème de drogues que l'on consomme ensemble, par exemple la marijuana et l'alcool.

Ce n'est pas tout: comment mesurer l'influence exercée par les gens qui consomment ces drogues? On peut utiliser des tests pour décider si une personne consomme ou non de la marijuana, mais nous ne pouvons dire, à ce stade, comme on le fait pour l'alcool, dans quelle mesure une personne est sous l'influence d'une certaine drogue. La composition chimique des drogues devient beaucoup plus complexe, et c'est une situation qui devient difficile à mesurer ou à maîtriser.

Avec l'alcool, nous pouvons tout au moins savoir si une personne en a consommé; nous le remarquons aux yeux, à l'haleine, à l'odeur. Il n'en est pas de même avec un grand nombre de drogues. Comment alors peut-on songer à mettre en vente libre toutes ces drogues puissantes sans exercer de contrôle sur les lieux de travail? Voilà les questions qui se posent.

**Mme Copps:** Je comprends un grand nombre de ces problèmes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur le président, permettez-moi de souhaiter la bienvenue à nos témoins, ainsi qu'à M<sup>me</sup> Copps, le nouveau membre de notre Comité. Peu avant Noël, nous avons décidé tous ensemble que nous voulions, en tant que comité permanent, nous attaquer au problème des drogues illicites au Canada.



[Text]

I am not sure where it is going to head us. I have been thinking about this for weeks: what expectations we are going to create as a committee and what conclusions and recommendations, and ultimately government action, as you have been hinting at. We do not know where this is going to head us, because it is a massive undertaking, as you have described it, with the international connections around the world and implications in Canada. You have painted a depressing picture here to start our committee off with. I got a sense that we might have bitten off something here which is going to be very, very difficult for us effectively to engage ourselves in and come to any meaningful conclusions or recommendations on.

In a broad sense, we are trying to get a feel here for the seriousness of this issue in Canada, recognizing it is an international problem. At least that is what I am trying to get now, at the beginning of our hearings. We may totally change in the next three or four weeks or so. Let me ask you both in the broad sense, then, on a scale of 1 to 10, with 10 being the highest, how you would rate the seriousness of this problem in Canada.

**C/Supt Stamler:** As a simple, I suppose, rating with what else is a problem, and as a potential threat, I would rate it fairly high, as having a social impact on Canadians which is not directly seen to be connected to a drug situation. In other words, in terms of crime on the streets, in terms of the spillover crimes that occur, it is a very serious law enforcement concern and problem. The number of break-ins that occur in a community—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Just rate it between 1 and 10, please, 10 being the highest.

**C/Supt Stamler:** Yes, but in relation to what other problem?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Well, we recognize it is a social, economic, law enforcement issue. I am trying to get a broad sense here whether you think it is a 1 or a 10.

**C/Supt Stamler:** In relation to a social problem—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The health of Canada.

**C/Supt Stamler:** Health in Canada; as a health problem? That is a different problem from a law enforcement problem. That is why I wanted to know what side of the equation . . . I would find it difficult to give you a number in simple terms, but I certainly would put it between 5 and 10.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Sounds like a politician.

Do you want to clarify that, Mr. Heaton?

**A/Commr Heaton:** I am probably known as the hawk. I really would put it closer to a 10; on the upper end.

**Ms Copps:** Are you talking illicit now, or licit?

[Translation]

Je ne sais pas au juste où cela va nous mener. Voilà des semaines que je réfléchis à la question en me demandant quels espoirs nous allons éveiller, en tant que comité, à quelles conclusions et recommandations nous arriverons et, en dernier ressort, quelles seront les mesures prises par le gouvernement. Nous ne savons pas sur quelle route nous nous engageons, parce que, comme vous nous l'avez bien expliqué, notre action doit s'insérer dans un contexte international. Le tableau que vous nous avez brossé de la situation est plutôt affligeant, et je crains que nous ne nous laissions prendre dans un engrenage dont il sera difficile de nous dégager en proposant des recommandations ou des conclusions.

De façon générale, nous essayons de sonder la gravité du problème au Canada, tout en le replaçant dans son contexte international. C'est tout au moins ainsi que les choses se présentent à moi, au début de nos audiences, encore que tout puisse changer dans les trois ou quatre prochaines semaines. Permettez-moi donc de vous poser une question générale: sur une échelle de 1 à 10, comment noteriez-vous la gravité du problème au Canada?

**Sdt pal Stamler:** En tenant compte du fait que cette question se rattache à d'autres et constitue une menace potentielle, je lui donnerais une note assez élevée, surtout parce que le problème amène des conséquences pour notre population qui ne sont pas visiblement liées à la question de la drogue. Autrement dit, c'est un grave problème de préservation de l'ordre public à cause des liens qu'il présente avec l'insécurité dans la rue, les délits commis par ricochet, le nombre de cambriolages qui ont lieu dans une collectivité . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Donnez-moi simplement une note entre 1 et 10, s'il vous plaît.

**Sdt pal Stamler:** Oui, mais par rapport à quel autre problème?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Nous savons que c'est un problème social, économique, et un problème de maintien de l'ordre public, mais j'aimerais savoir, d'une façon plus générale, à quel ordre de gravité vous songez.

**Sdt pal Stamler:** Par rapport à un problème social . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** La santé publique de notre pays.

**Sdt pal Stamler:** La santé publique: vous y voyez donc un problème de santé? C'est un angle tout différent de celui du maintien de l'ordre. C'est pourquoi je voulais savoir de quel point de vue vous envisagiez la situation . . . Il m'est difficile de vous donner un chiffre, sans plus, mais celui-ci se situerait certainement entre 5 et 10.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Voilà qui me paraît bien une réponse d'homme politique.

Qu'est-ce que vous avez à dire là-dessus, monsieur Heaton?

**Comm. adj. Heaton:** Je passe pour un dur, moi, et ma note serait très proche du 10, tout en haut.

**Mme Copps:** Est-ce que vous parlez maintenant de drogues licites ou illicites?



[Texte]

**A/Commr Heaton:** I come from a province now where, for instance, alcohol has a great impact also, particularly in some of the native people. So I do not know. As you go on with your committee, you are going to have a lot of people who will not really agree with that distinction. They will say we have to talk about the drug problem as being the entire phenomenon. Once having talked about that, I think now you are talking about... when you add up the law enforcement problem, the financial impact, the social problem—the entire thing—then I think you are talking about the largest phenomenon we have. I suspect at the end of your hearings that kind of thing is going to evolve out of them. I really do.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The Prime Minister, as you might recall, in September referred to it as of epidemic proportions in Canada. That is where I am trying to come from.

• 1035

Do you think he is right? Do you think it is in epidemic proportions? You have used that word in your paper here.

**C/Supt Stamler:** I think, again, the word “epidemic” itself has its own definition, and so on, depending on what you are dealing with. I for one, on the law enforcement side, when I see the connection with international organized crime groups—and as I have mentioned before, I have described some major groups in South America that are here in Canada—look at it as being epidemic, from that standpoint. I am not competent to answer whether it is an epidemic in terms of the use at the street level; the health epidemic and that aspect. But looking at the law enforcement side, and the potential danger to security of countries and regions, I say from that standpoint I have no difficulty with the word.

**A/Commr Heaton:** On the economic side, when you can see somebody who at best would be described, in Canada—a Canadian person—as a petty criminal a few years ago and who can now show bank accounts of \$10 million to \$15 million, then that starts to put it into magnitude. I think if we got down to that kind of a detailed examination, we could show a number of people falling in that category.

That is why I touched on immoral people, or unethical people. How do they use that money? Where someone else who makes that money legitimately may be involved in philanthropy or any other number of things, and they create jobs, these people do not. The money impact alone, aside from everything else, has to put it at a very high level.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Two weeks ago a Venezuelan Member of Parliament came to Canada—I think you met with him—Dr. Gessen.

**A witness:** Yes, I did.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** He met with me as well in my office, and I for one think he is living a very dangerous life, pursuing this as vigorously as he is from Venezuela, through

[Traduction]

**Comm. adj. Heaton:** Je suis originaire d'une province où l'alcool exerce également des ravages, en particulier chez certains autochtones, et c'est pourquoi je ne puis vous donner de réponse. Vous rencontrerez, au fur et à mesure de vos travaux, un grand nombre de gens qui ne seront pas vraiment d'accord sur cette distinction. Ils vous diront que nous devons traiter le problème des drogues comme un problème en soi. Cela fait, vous parlerez ensuite de... lorsque vous aurez examiné l'aspect de maintien de l'ordre, les conséquences financières, les conséquences sociales, bref, toutes les facettes du problème, vous verrez alors le phénomène dans son entier. Je crois que vos travaux déboucheront sur une meilleure perspective de la question; je le crois vraiment.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Le premier ministre, vous vous en souvenez, a dit en septembre que le problème se présentait au Canada comme une épidémie. C'est cette affirmation que je voudrais prendre comme point de départ.

Vous croyez donc qu'il a raison? Croyez-vous que cette situation a atteint des proportions épidémiques? C'est ce que vous dites dans votre document.

**Sdt pal Stamler:** Le terme «épidémique» a sa propre définition, et ça dépend de ce dont il est question. Je crois personnellement, pour ce qui est de l'application de la loi, que lorsqu'il y a par exemple un lien avec des groupes du crime organisé à l'échelle internationale—je le répète, j'ai parlé de certains groupes importants de l'Amérique du Sud qui oeuvrent maintenant au Canada—la situation a atteint des proportions épidémiques, à mon avis. Je ne vais pas vous dire si c'est une situation épidémique sur le plan utilisation au niveau de la rue et au niveau de la santé, par exemple. Pour ce qui est de l'application de la loi, et des dangers possibles pour la sécurité des pays et des régions, je n'hésite pas à vous dire que sur ce plan, je parlais d'épidémie.

**Comm. adj. Heaton:** Pour ce qui est de l'aspect économique, si on voit quelqu'un qui, au Canada, était vu comme étant un petit criminel, il y a quelques années, et qui, maintenant, a en banque de 10 à 15 millions de dollars, l'importance est maintenant tout autre. Si on examine les choses de très près, on peut se rendre compte qu'un certain nombre de gens font maintenant partie de cette catégorie.

C'est la raison pour laquelle j'ai parlé des gens qui étaient immoraux ou qui avaient une morale peu enviable. Que font-ils de cet argent? Alors que d'autres personnes qui ont des revenus légitimes de cette importance ont des activités philanthropiques ou autres, créent des emplois, ce n'est pas le cas pour les autres. Les répercussions qu'a cet argent, à part tout le reste, sont très importantes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il y a deux semaines, un député du Venezuela est venu au Canada—je crois que vous l'avez rencontré—il s'agit de M. Gessen.

**Un témoin:** Oui, je l'ai rencontré.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il est également venu à mon bureau, et je crois personnellement qu'il vit une vie très dangereuse, étant donné qu'il dénonce au Venezuela ceux qui

[Text]

the South American connections. He said cocaine is the "atomic bomb of South America". I am wondering if you have a sense that the easy inflow of that drug now into Canada is perhaps as serious as Dr. Gessen told me it was.

**C/Supt Stamler:** I certainly think the potential threat of that inflow from the organized crime side of that picture is a very real threat. I personally believe at this moment in Canada we have a reasonable handle on the organized crime activity. I do not, for one, believe there is today a major organized crime network that is able to entrench itself in all levels of government and so forth and control any major part of our society. But I think it is possible. In other words, the increase in cocaine sales, for example, alone in Canada will produce a greater interest by these individuals.

We have had cases where they have come up to commit murder here in Canada, to settle the score, to develop territory where distribution systems can be put in place. As that drug increases in presence in Canada through use, we will see a corresponding increase with the organized crime groups. Mr. Gessen, I think, describes well a South American picture which I would tend to agree with, and from the Canadian end, as I say, we are very close to that situation there in terms of those particular sales that are occurring.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** One of the things I am going to want to focus on in the next six weeks or so is the impact this is having on the youth in our country. I am sure that is where your educational material is targeted as well. I have an article here in a magazine, *Future Health Perspectives*, that talks about the tremendous peer pressure the young teens have to get in to buy their ounce of hash or have their joint, or whatever it is called. It says drugs are beginning to dominate teenagers' lives.

You made reference to the question of the NHL and the CFL. Our young people are influenced by these athletes. They are high-profile public people.

• 1040

I want to ask you a question. It may be dangerous here to suggest the whole concept of compulsory testing for, let me say, public people. I cannot speak for the private sector. I am wondering, as the educational process evolves, whether CFL players, NHLers and parliamentarians, for example, will come forward and say they will be tested in public and will allow themselves to be tested and the results to be printed. This could be part of the enhancement process by saying we have a problem, these people are clean and they want you to be the same way. What is your reaction to such a broad question of compulsory testing?

**C/Supt Stamler:** I will start off and maybe turn it over to Assistant Commissioner Heaton for his own comments. Certainly testing is the only method of determining drug use.

[Translation]

font partie des réseaux sud-américains. Il a parlé de la cocaïne comme étant «la bombe atomique de l'Amérique du Sud». Je me demande si vous croyez que l'entrée facile au Canada de cette drogue présente une menace aussi sérieuse que le prétend M. Gessen.

**Sdt pal Stamler:** C'est en effet une menace très réelle sur le plan du crime organisé, par exemple. Je crois personnellement qu'à ce moment-ci, au Canada, nous menons une assez bonne lutte contre le crime organisé. Je ne crois pas qu'il y ait à ce moment-ci un réseau important du crime organisé qui peut s'installer à tous les paliers de gouvernement pour contrôler une partie importante de notre société. C'est une possibilité cependant. Autrement dit, la seule augmentation des ventes de cocaïne au Canada peut provoquer un grand intérêt chez ces gens.

Nous avons vu des cas où des gens de ce réseau sont venus au Canada commettre des meurtres, des règlements de compte, identifier un territoire pour leur réseau de distribution. Au fur et à mesure que l'utilisation de la drogue augmentera au Canada, il y aura une augmentation correspondante des groupes du crime organisé. Je crois que M. Gessen a très bien décrit ce qui se passe en Amérique du Sud, et je suis d'accord avec lui pour dire que du côté canadien, nous approchons du moment où des ventes de cette importance se produiront.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Au cours des six prochaines semaines environ, je voudrais mettre l'accent sur l'incidence que cette situation peut avoir sur notre jeunesse canadienne. Je suis certain que votre matériel didactique est axé également sur notre jeunesse. J'ai lu un article dans une revue, *Future Health Perspectives*, où il est question de l'énorme pression que les jeunes subissent de leurs pairs, qui les incitent à acheter leur once de haschich ou leur joint, quel que soit le nom donné à ces choses. On y lit que les drogues commencent à dominer la vie des adolescents.

Vous avez mentionné la Ligue nationale de hockey et la Ligue canadienne de football. Nos jeunes sont influencés par ces athlètes. Ce sont des personnes très visibles dans notre société.

Je voudrais vous poser une question. Ce serait peut-être dangereux de proposer que les gens du secteur public fassent l'objet d'un contrôle obligatoire. Je ne peux pas parler au nom du secteur privé. Au fur et à mesure que l'éducation se fait, je me demande si, par exemple, les joueurs de la Ligue canadienne de football, de la Ligue nationale de hockey, et les parlementaires se présenteront pour se soumettre au contrôle obligatoire, pour faire ensuite connaître publiquement les résultats de ce contrôle. Cela pourrait faire partie du processus d'éducation, permettrait de dire: nous avons un problème, mais ces gens sont irréprochables et veulent que vous soyez ainsi. Quelle serait votre réaction à toute cette question du contrôle obligatoire?

**Sdt pal Stamler:** Je vais d'abord vous répondre et laisser ensuite le commissaire adjoint Heaton faire ses propres remarques. Le contrôle est bien sûr la seule méthode qui permet de déterminer si les gens utilisent des drogues.



[Texte]

**Ms Copps:** So if you take a Coricidin you could lose a job?

**C/Supt Stamler:** Yes, well—

**The Chairman:** Order.

**C/Supt Stamler:** I was responding to safety in the workplace and safety in society. I am simply pointing out here. I am not going to answer the question of whether it is good or bad to have drug testing through compulsory drug testing in any particular area. But I would say that if there is a safety issue or a safety concern that affects the lives of Canadians or the free thinking of Canadians who are involved in very difficult decisions at times, perhaps at this point in time, drug testing is the only way you can determine whether or not those individuals are under the influence of a drug.

I have had contact with businessmen in this particular area who are concerned about safety in the workplace and safety in professional organizations and institutions, such as accountants, lawyers and other professional people who are giving top advice. You would not want to see widespread drug use in this kind of situation.

The control is testing security; danger to other people in the public is the issue with respect to the question. Compulsory testing on a wide scale is too complex a matter for me to deal with because of the constitutional aspects or the Charter issues that are involved.

**The Chairman:** One more question. You go ahead, Mr. Heaton.

**A/Commr Heaton:** The only problem I have with the testing issue is the uncertainty about its accuracy. I think if I could put it aside and then had some confidence in the accuracy of it... I was speaking to a good friend of mine who is a 747 captain and who said he felt it should be as natural as passing his blood pressure test and his three-times-a-year medical check-up in order to fly a 747. He wondered why he should have any objection to taking a drug test to fly an airplane.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You might also want to talk to the engineers of some trains, not only in Canada but also in the United States.

One last quick question. It has often been said that the courts are becoming too lenient and too soft and that they are not throwing the book at them, so to speak. In other words, penalties are not adequate to those who are convicted of drug abuse or trafficking or whatever. Do you have a sense that the court should toughen up and that we should perhaps change the penalties within the federal laws that apply to the illegal use of drugs?

**A/Commr Heaton:** I almost have to answer it with a question. Have we become sensitized or become much more so? The drug issue used to be an abhorrent crime a little while ago. But because we have so many of them now, there is not the same social stigma. Then there is a degree of acceptability, of acceptance that has come out. So I do not think I would

[Traduction]

**Mme Copps:** Par conséquent, si on prend une coricidine, on peut perdre son emploi?

**Sdt pal Stamler:** Oui, eh bien...

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît.

**Sdt pal Stamler:** Je voulais parler de sécurité en milieu de travail, et aussi au sein de la société. Je ne fais que souligner certains faits. Je ne vais pas vous dire s'il est bon ou mauvais qu'il y ait un contrôle des drogues par le biais du contrôle obligatoire dans un secteur donné. Je vous répondrai cependant que si la sécurité est en jeu et qu'il en va de l'avis des Canadiens en général ou des opinions libres des Canadiens qui doivent prendre parfois des décisions très difficiles, peut-être qu'à ce moment-ci, le contrôle des drogues est la seule façon de savoir si, oui ou non, ces personnes sont sous l'effet d'une drogue.

J'ai communiqué à ce sujet avec des hommes d'affaires qui s'inquiètent de la sécurité en milieu de travail et au sein d'organisations et d'établissements professionnels, comme par exemple les comptables, les avocats et d'autres qui conseillent la population. On n'aimerait pas que ces gens, de façon générale, utilisent des drogues dans leur milieu de travail.

Il s'agit surtout du contrôle et de la sécurité, de voir s'il y a danger pour le public. Il m'est trop difficile de vous parler du contrôle obligatoire sur une plus large échelle, étant donné les aspects constitutionnels de la charte qui entrent en jeu.

**Le président:** Une autre question. Allez-y, monsieur Heaton.

**Comm. adj. Heaton:** Le seul problème que me pose ce contrôle, c'est que l'exactitude des résultats est incertaine. Si on pouvait se fier à l'exactitude des données... Je parlais à un de mes bons amis qui pilote un 747 et qui m'a dit que le contrôle devrait être aussi naturel pour les pilotes que de faire prendre leur pression sanguine ou de subir un examen médical trois fois l'an pour pouvoir piloter un 747. Il se demande pourquoi on devrait s'opposer à ce contrôle avant de pouvoir piloter un avion.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous voudrez peut-être également interroger les mécaniciens de locomotives, non seulement au Canada, mais également aux États-Unis.

Une dernière question très brève. On a souvent dit que les tribunaux devenaient trop cléments, trop indulgents et que les coupables n'étaient pas chapitrés aussi vertement qu'ils devraient l'être. Autrement dit, on n'impose pas de sanctions adéquates à ceux qui sont trouvés coupables d'abus ou de trafic de drogue, par exemple. Êtes-vous d'avis que les tribunaux devraient être plus durs et qu'il faudrait peut-être prévoir d'autres peines dans les lois fédérales lorsqu'il y a utilisation illégale de drogues?

**Comm. adj. Heaton:** Il me faut presque vous répondre par une question. Est-ce que nous sommes sensibilisés, le sommes-nous davantage? Il n'y a pas si longtemps, l'abus de drogue était vu comme étant un crime répugnant. Étant donné que tant de gens en prennent maintenant, l'utilisation ne porte plus ce stigmate social. Il y a aussi le fait que c'est devenu mainte-



[Text]

want to be there to criticize the courts. They have had their same problem.

I can remember when the entire drug court in Toronto was held in one of the back courts one afternoon a month. Now their dockets overflow with court cases. I do not know if it would be fair to challenge the courts in their total. I think the desensitizing has become a problem.

• 1045

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Turner. Now, Mr. Mantha, you have about 14 minutes, if you wish to use it.

**Mr. Mantha:** First of all, I want to thank the witnesses for coming; and welcome, Sheila, to our committee.

The thing with going third is that a lot of the questions have been asked, but I would just like to go over some of my feelings. Let us get to sports, because that was a bit of my world.

In sports, some guys come back in as a rehab-type thing. He has taken the drug and he is off scot-free. Yet the Poirier incident out in Edmonton—I think that was wrong.

**An hon. member:** Poitier.

**Mr. Mantha:** Now, here is a guy that is trafficking. He gets a lousy \$200 fine. I will go along with what Barry asked you, about the judges being too soft. I think they just want to get rid of them. The lawyers make a quick buck, because they keep coming back. I think the judges should be stronger, but you cannot really answer that. For instance, the non-smokers are telling us, we do not want secondhand smoke. I like smoking cigars, but I watch myself now. Okay. Why should I get on an airplane? Why should I be like our military? If there is a war we want these guys to be sensible.

I am not an alcoholic, but I do like a drink.

Drugs. Why should I put up with them? Why can we not be stronger? Why can we not just go ahead and recommend the ban on drug use, especially when civil servants are involved? The people are making decisions every day. Let the MPs, for example, take the tests.

**Ms Copps:** Speak for yourself.

**Mr. Mantha:** We are people who are supposed to set an example.

**Ms Copps:** We can have VD tests as well.

[Translation]

nant plus acceptable. Par conséquent, je ne crois pas devoir critiquer les tribunaux. Ils ont fait face au même problème.

Je me souviens que les tribunaux qui étudiaient les affaires de drogue à Toronto le faisaient un après-midi par mois, dans une petite salle, à l'arrière de l'édifice. Maintenant, les dossiers regorgent d'affaires semblables. Je ne sais pas s'il serait juste de remettre en question l'ensemble du travail des tribunaux. Je crois que le problème, c'est qu'on est moins sensibilisé à la question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je vous remercie.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Turner. Monsieur Mantha, vous avez 14 minutes si vous le voulez.

**M. Mantha:** Je voudrais tout d'abord remercier les témoins d'être venus et souhaiter la bienvenue à M<sup>me</sup> Copps à ce comité-ci.

Lorsque l'on est le troisième à prendre la parole, beaucoup de questions ont déjà été soulevées, mais j'aimerais vous dire un peu ce que je pense. Parlons d'abord de sports, étant donné que c'est un peu mon domaine.

Dans les sports, certains gars sont des réhabilités. Ils ont déjà pris de la drogue, et maintenant ce n'est plus le cas. Pourtant, voyez ce qui s'est passé avec le cas Poirier à Edmonton—c'est injuste.

**Une voix:** Poitier.

**M. Mantha:** Voilà un bonhomme qui a fait du trafic. Il se voit imposer une amende de 200\$. Je reviens à ce qu'a dit M. Turner, les juges sont trop complaisants. J'ai l'impression qu'ils veulent simplement se débarrasser de ces causes. Les avocats font de l'argent, car ils reviennent toujours à la charge. À mon avis, les juges devraient être plus fermes, mais il est difficile de répondre vraiment à la question. Je pense, par exemple, à ce que les non-fumeurs me disent, ils ne veulent pas être des fumeurs passifs. J'aime fumer le cigare, mais maintenant je me surveille. Bien. Pourquoi devrais-je monter à bord d'un avion? Pourquoi devrais-je me comporter comme nos militaires? S'il y a une guerre, nous voulons que ces gars soient corrects.

Je ne suis pas un alcoolique, mais j'aime prendre un verre.

Pour ce qui est des drogues, pourquoi dois-je tolérer ceux qui en prennent? Pourquoi ne pas être plus fermes? Pourquoi ne pas tout simplement recommander l'interdiction des drogues, surtout chez les fonctionnaires? Il y a des gens qui prennent des décisions tous les jours. Pourquoi les députés ne feraient-ils pas l'objet de ces contrôles?

**Mme Copps:** Parlez en votre nom personnel.

**M. Mantha:** Nous sommes censés donner l'exemple.

**Mme Copps:** Nous pourrions également subir un contrôle pour les maladies vénériennes.

[Texte]

**Mr. Mantha:** We take 222s, on the advice of our doctors. Do you not think we should be a little stronger about the use of drugs, as strong as we are about cigarettes?

**The Chairman:** Superintendent Stamler.

**C/Supt Stamler:** Certainly at one point in time, when you are trying to curb a certain activity and you use the criminal process to do so, you should, of course, use that criminal process to its fullest extent. And I think there are many people in the world who advocate a strong enforcement.

The strongest enforcement that is in place at the moment is in Malaysia, in Thailand, and those countries where the death penalty is imposed as a deterrent. They have taken the matter as a deterrent to others, let me put it this way. I suppose that is the most severe penalty available. The thought is that it will affect other people, in terms of their plans in going to that country to stage these kinds of activities. So deterrence is a key factor.

I think what has happened in Canada, though, is that the number of drug users has simply overwhelmed us. This strong penalty at the user level, or at the minor possession level, is no longer really practical, or possible, considering the amount of prison space we have and facilities to deal with these people. That becomes a consideration as well.

When we have numbers like 20,000 users—20,000 charged with possession, for example. If all of those 20,000 were given a severe penalty—let us say any kind of a jail term—the impact would be very significant. I think what has happened—

**Mr. Mantha:** I did not mean to cut you off. I apologize. But why should a guy get off? In our area there were 40 people in a drug bust, for example. They were each fined \$150. The first offenders were let off. They put them back on the street for you guys to do your thing. But I think we are just not hard enough on them.

Why should somebody put up with my secondhand smoke and why should I put up with somebody who has . . . ?

• 1050

What I am also saying, too, is we have been sort of focusing you guys here today on the guys who are trafficking, where it comes from, and different things. It is a known fact that, for example, bilingualism in our country should be taught at a younger age, and we have been hitting the older people, and we have had a lot of backlash. We have metric, for example. I am from the old school, and a pound of butter is a pound of butter, and a gallon of gas, when I go to the pumps, it is so much money. I am not interested in metric. Maybe I have a hard head. But my kids are coming up with it; it is taught in the lower schools.

[Traduction]

**M. Mantha:** Sur l'avis de notre médecin, nous pouvons prendre des 222. Ne croyez-vous pas qu'il faudrait être, concernant l'utilisation des drogues, un peu plus fermes que nous le sommes pour la cigarette?

**Le président:** Surintendant Stamler.

**Sdt pal Stamler:** Il est sûr que jusqu'à un certain point, si l'on essaie de mettre fin à une activité, on peut invoquer pleinement le droit criminel. Il y a bien des gens dans ce monde qui préconisent une application beaucoup plus ferme de la loi.

On trouve présentement cette application ferme de la loi en Malaisie, en Thaïlande et dans les pays où la peine de mort est imposée comme moyen de dissuasion. Ils ont choisi cette solution pour dissuader d'autres personnes qui peuvent être tentées par cette activité. C'est certainement la peine la plus sévère. On a songé que les personnes qui songeraient à aller dans ces pays pour se livrer à ces activités y regarderaient à deux fois. C'est donc un facteur de dissuasion clé.

Il se trouve qu'au Canada nous sommes dépassés par le nombre d'utilisateurs de drogues. Utiliser ce genre de peine en cas d'utilisation ou de simple possession de drogue, n'est tout simplement plus possible, étant donné l'espace que nous avons dans nos prisons pour ce genre de criminels. Il faut également en tenir compte.

Si nous avons par exemple 20,000 utilisateurs—20,000 qui sont accusés de possession de drogue, si ces 20,000 se voyaient imposer des sanctions sévères—disons par exemple l'emprisonnement—cela aurait des effets très importants. C'est ce qui s'est produit . . .

**M. Mantha:** Je ne voulais pas vous interrompre, excusez-moi, mais pourquoi pourraient-ils s'en tirer? Il y a eu dans notre région, par exemple, 40 personnes d'arrêtées lors d'une descente, et chacune s'est vue imposer une amende de 150\$. Ceux qui sont les premiers coupables s'en tirent. On les laisse de nouveau circuler dans les rues afin que vous puissiez faire votre travail. Nous ne sommes tout simplement pas suffisamment durs envers ces gens.

Pourquoi quelqu'un devrait-il me subir comme fumeur et devenir un fumeur passif, et pourquoi devrais-je, moi, subir les activités de quelqu'un qui . . . ?

Je voulais vous dire également que nous avons mis l'accent pour vous aujourd'hui sur les responsables du trafic, et entre autres d'où vient ce trafic. C'est un fait connu, par exemple, qu'on devrait enseigner plutôt aux jeunes le bilinguisme au Canada et nous avons heurté les gens plus âgés, et les réactions ne se sont pas fait attendre. Nous avons, par exemple, le système métrique. Je suis de la vieille école, et pour moi, une livre de beurre, c'est une livre de beurre, et un gallon d'essence, lorsque je me rends à la pompe à essence, vaut tant. Je ne suis pas intéressé au système métrique. J'ai peut-être la tête dure. Toutefois, mes enfants le connaissent déjà, ce système qu'on enseigne à la petite école.



*[Text]*

Now, I will go a step further. What really scares me every time there is a dance at one of the schools—there are supposed to be chaperones—are the kids who get a bottle of liquor, and there would be a lot of kids just stoned out of their minds. That is where the scary part is. Are we educating our young?

You guys were talking of the 1960s a while ago, and here we are in the 1980s—1985, 1986, and 1987—and you are talking of 25 years, and the problem is getting worse. Should our emphasis not be more on spending money on the younger kids? When your kids come home from school, they can tell you every drug, who is the drug pusher in town at the schools—everything. Why are we not attacking this area? It is all right to get them big, but if you get the little kids scared enough . . . ? Like I say, you start with the kids, and they will tell you who the pushers are.

I also say that anybody who comes into this country and has any drug charge, even whether they beat it or not—how do they get into our country? People in my area are saying, because of the drug thing, the influx of immigrants we have coming in, whether they are Puerto Ricans or—I am not going to get into that. Are they screened?

But I want an answer on the school thing.

**C/Supt Stamler:** I will turn it over to Assistant Commissioner Heaton as well, because he has something to say on that point because of his programs. But certainly our program, let us say with the National Hockey League as an example, is in my view a very, very effective type of program that we should expand.

What we tried to do with this program is to have the hockey players participate with the school in talking about the drug problem. What we try to select are those hockey players who are dedicated towards this particular objective and who want to participate with younger people in the school scene. Wayne Gretzky has spent a lot of his time assisting in this way. There are many other players who have given a lot of their time. They have taken special training to be able to present to the youth the problems associated with drugs.

The whole point of that particular program, that one program, is really to eliminate peer pressure in the school. It is not to introduce how to take drugs, as sometimes we are accused of doing. What we are trying now is to refine our approach in terms of giving that message to younger people.

I think that is where more research, more feedback has to occur in terms of the type of delivery systems you are going to have. For example, school teachers, principals, parents, they are not educated in how to deal with a drug problem in a school scene. We should have more programs to help them deal with any of the drug problems within the school system. Perhaps some teachers today may take the position that it is safer and easier to ignore a drug problem with a child than to

*[Translation]*

J'irai plus loin, ce qui me fait vraiment peur, c'est chaque fois qu'il y a des soirées de danse dans une de ces écoles—avec, normalement, des chaperons; que des jeunes mettent la main sur des bouteilles d'alcool, et alors beaucoup d'enfants perdront complètement la tête. Voilà ce qui m'inquiète le plus. Est-ce que nous nous occupons d'éduquer les jeunes?

Vous, messieurs, avez parlé des années 1960 il y a quelques instants, mais nous sommes maintenant dans les années 1980—1985, 1986 et 1987—mais vous parlez toujours d'il y a 25 ans, et le problème s'aggrave. Ne devrions-nous pas insister sur l'argent dépensé pour éduquer les plus jeunes? Lorsque les jeunes reviennent de l'école, ils peuvent nous parler de toutes les drogues, nous dire qui en fait le trafic en ville, à l'école—ils savent tout cela. Pourquoi ne pas nous attaquer à ce secteur? C'est bien de pouvoir arrêter les gros trafiquants, mais si on peut arriver à faire peur suffisamment aux jeunes . . . ? Je le répète, commençons par les enfants et ils vous diront qui sont les trafiquants.

Je prétends également que quiconque arrive au Canada, s'il a déjà fait l'objet d'une accusation de trafic de drogue, qu'il en ait perdu ou non l'habitude—comment a-t-il pu entrer au pays? C'est ce que disent les gens dans ma région, à cause de cette activité, de l'arrivée des immigrants, que ce soient des Porto Ricains ou autres—je ne veux pas entrer dans le détail. Est-ce que ces gens ont fait l'objet d'une sélection?

Je voudrais avoir une réponse au sujet des écoliers.

**Sdt pal Stamler:** Je vais demander au commissaire adjoint Heaton de vous répondre également, car il a son mot à dire à ce sujet étant donné qu'il administre des programmes. Notre programme, disons celui concernant la Ligue de hockey nationale, est à mon avis très, très efficace et devrait prendre plus d'ampleur.

Ce que nous avons tenté de faire par ce programme, c'est de voir à ce que tous les joueurs des hockey participent au programme d'éducation en milieu scolaire pour parler du problème des drogues. Nous essayons de choisir les joueurs de hockey qui ont en vue cet objectif et qui s'intéressent aux jeunes des écoles. Wayne Gretzky a passé beaucoup de temps à le faire. Il y a également d'autres joueurs qui se sont beaucoup dévoués à cette cause. Ils reçoivent une formation spéciale pour présenter aux jeunes les problèmes associés aux drogues.

L'autre aspect du programme, c'est de faire disparaître la pression exercée sur les écoliers par leurs pairs dans les écoles. Il ne s'agit pas de dire aux écoliers comment prendre de la drogue comme on nous accuse parfois de le faire. Nous voulons maintenant perfectionner notre approche pour livrer le même message aux plus jeunes.

C'est dans ce domaine qu'il faut faire davantage de recherche, obtenir la réaction des gens afin de savoir quel système nous devons mettre au point sur ce plan. Les enseignants, les directeurs d'école, les parents ne sont pas éduqués en la matière et ne peuvent traiter du problème de la drogue dans les écoles. Nous devons obtenir davantage de programmes pour les aider à le faire. Certains enseignants diront peut-être aujourd'hui qu'il est plus facile et plus sûr d'ignorer le problème de la drogue chez les enfants que de confronter les



## [Texte]

confront the parent with it. A one-on-one exchange will create many problems for that person, so they sometimes back away.

Organization of the school systems and the parents who are interested would have a great effect. Using sports figures is great in terms of dealing with peer pressure. I think a lot can be done in that particular area that is not done today.

**A/Commr Heaton:** One of the problems in that whole area is I see a lot of reinventing the wheel. There are some very good programs, and then the next week you hear that someone wants to come out with a new program, and really it is something that was probably done a year ago.

• 1055

First of all, I do not think it is a police responsibility. I think the police should be playing their little role. But if you want to get down to what we are being paid for, it is not to be in the education field. But I think we have a role to play.

I happen to be an advocate of the approach of the Association of Chiefs of Police because it has a follow-through to it. I support our own programs with the National Hockey League. It is a poster, something that augments what is there.

The Association of Chiefs of Police went to classrooms in grades 4 and 5 and they presented a program that tried to get away from peer pressure. I would think that one of the things you might want to do is to have somebody current with the group bring their videos and show you the videos and what the concepts are. They are thoughtful presentations that are meant to walk the kids through. They have a program for grades 4, 5 and 6. It is done with the co-operation of the Ministry of Education.

To have this kind of a follow-through is a big proposition because you are talking to literally hundreds upon hundreds of thousands of kids. This is why I mentioned this need for co-ordination; there has to be some co-ordination.

The ministries in Ontario and Saskatchewan, the two with which I am most familiar, have come miles in the last few years in this area. There are still miles to go. The impact is to get the kids before they start, not after they start. It is pretty hard to talk them out of it after they have started and become involved. But if you get a youngster who is in grade 4 or 5, he has been exposed and knows all the names and all the drill for it. But he has not really had it indoctrinated. If you can convince him that it is not the thing to do and that he has a happy lifestyle without it, this is where it has to start.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Are you saying grades 4 and 5?

**A/Commr Heaton:** You betcha! Oh, yes, you betcha!

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Dear God! Is this how deep the problem has gone?

## [Traduction]

parents à ce sujet. L'échange personnel peut créer des problèmes chez le parent, qui par conséquent se retire parfois.

Si on s'organisait dans le système scolaire avec les parents intéressés, ce serait très utile. Nous pourrions nous servir des personnalités du sport pour traiter de la question des pressions exercées par les pairs. Sur ce plan, on peut faire ce qui n'est pas fait de nos jours.

**Comm. adj. Heaton:** Une des difficultés dans ce domaine, c'est qu'on a tendance à réinventer la roue. Il existe déjà de très bons programmes, et pourtant la semaine prochaine, vous entendrez quelqu'un vous dire qu'il a un nouveau programme, alors qu'en réalité c'est un travail qui se fait déjà depuis un an.

Premièrement, je vous dirai qu'à mon avis, cela ne relève pas de la police. Je pense que la police peut y jouer son petit rôle. Mais si nous voulons faire ce pourquoi nous sommes payés, ce n'est pas dans le domaine de l'éducation que nous devons agir. Toutefois, nous avons quand même un rôle à jouer.

Il se trouve que je préconise l'approche adoptée par l'Association des chefs de police, car elle suppose un suivi. J'appuie les programmes que nous avons mis sur pied avec la Ligue nationale de hockey. Il s'agit d'une affiche, qui ajoute à ce que nous avons déjà.

L'Association des chefs de police a rencontré des élèves de quatrième et de cinquième année et a présenté un programme destiné à faire disparaître la pression qu'exerce les pairs. Ce que vous pourriez faire c'est demander à quelqu'un du groupe de vous montrer les bandes magnétoscopiques qui expliquent ces notions. Il s'agit de présentations très bien faites qu'ont pour but d'aider les enfants à traverser cette phase. Ce programme s'adresse aux élèves de quatrième, cinquième et sixième année et il a été mis au point de concert avec le ministère de l'Éducation.

Obtenir ce genre de suivi représente un travail majeur puisqu'il s'agit de parler à des centaines et des milliers d'enfants. C'est la raison pour laquelle j'ai dit qu'il fallait coordonner le travail; il faut cette coordination.

Les ministères de l'Ontario et de la Saskatchewan, ceux que je connais le mieux, ont parcouru beaucoup de chemin à ce sujet au cours des dernières années. Mais il y en a encore beaucoup à faire. Il s'agit surtout de parler aux enfants avant qu'ils ne commencent et non pas après. Il est difficile de les faire cesser une fois qu'ils ont commencé. Cependant, si on peut parler à un jeune de quatrième ou de cinquième année qui a été exposé à cette pratique, qui connaît tous les noms et tout le processus, mais qui n'a pas encore été endoctriné, si on peut le convaincre de ne pas se livrer à cette pratique, qu'elle n'est pas nécessaire pour qu'il ait une belle vie, c'est là vraiment qu'il faut commencer notre travail.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Voulez-vous parler des élèves de quatrième et de cinquième année?

**Comm. adj. Heaton:** C'est exactement cela.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mon Dieu! En sommes-nous là?

[Text]

**A/Commr Heaton:** I can tell you an interesting story. There is one program I am familiar with. The person who delivers this does not use the name of any drug. He tells the children that when they are through with the video presentation, the police officer who brought it will discuss what the most dangerous drug is. It is a bit of a trick question: the most dangerous drug is the one that did not come from the safe hand of a parent. This is really what it is all about.

Then the police officer will go around the classroom and ask these grade 4 and 5 kids what drug is most dangerous. They will mention hash, marijuana or grass; they have all the real names and all the jargon and all the slang. This is in grades 4 and 5 and not in big cities; this is in some of the rural areas.

**Ms Copps:** Look at "Miami Vice". I do not see why it is such a surprise. We live in a world where it is all around us.

**The Chairman:** One last question, Mr. Mantha; a short question.

**Mr. Mantha:** I thought I would just throw it in there—

**Ms Copps:** I have a supplementary, too.

**Mr. Mantha:** What control do you have in our military, for example? We have a drug problem there. Maybe you do not want to go into it; if you do not want to go into it, just say no. But when they have a problem, they fight it within their system. Are you aware of this? How can I say this carefully? There has been quite a problem; I am just going to leave it at this. Kids in my area were affected and they were heaved out. One thing about our military, and it states it quite clearly, is that when you sign up, if you sign up any drug usage or smoking or anything, you are out. This is all there is to it. You get your day in court and you get your seven days or whatever it is.

Do you people have any control over our military, or do they handle their own thing?

**A/Commr Heaton:** My own experience, having been in jurisdictions where we have had military bases under them, is that they take a very firm stance within their own military police. When it is, in their minds, deemed to be above their capabilities in terms of addressing it, they come to us for assistance. I would not want to comment on what the extent is within the military. I really do not know. But I do not think there is any suggestion in my mind that the administration of the military will tolerate it in any way, shape or form.

**Ms Copps:** I want to raise a point of order then. Mr. Mantha made a statement with respect to the relation between the drug problem and immigration in this country. I would not want to leave it on the record as a statement by the committee. I would like to get—

**Mr. Mantha:** It is my own opinion. It has nothing to do with the committee—

**Ms Copps:** Yes. No, no, I understand it, but since we had—

[Translation]

**Comm. adj. Heaton:** Je peux vous raconter une petite histoire intéressante. Il s'agit d'un programme que je connais bien. La personne qui en est chargée ne mentionne pas les noms des drogues. Il raconte aux enfants que, lorsqu'ils auront vu la bande magnétoscopique, un policier viendra leur parler de la drogue la plus dangereuse. C'est un peu une question piège. La drogue la plus dangereuse, c'est celle que ne leur offre pas leur père ou leur mère. Voilà vraiment ce dont il s'agit.

Ensuite, le policier se promène dans la classe et demande aux élèves de quatrième et cinquième année qu'elle est la drogue la plus dangereuse. On lui répond, le haschich, la marijuana ou l'herbe; ils connaissent les vrais termes, le jargon et l'argot. Et cela se passe non pas dans des grandes villes mais dans certains milieux ruraux.

**Mme Copps:** Regardez «Miami Vice». Je ne vois pas pourquoi cela vous surprend tellement. Nous vivons dans un monde où ces choses nous entourent tous.

**Le président:** Une dernière question, monsieur Mantha, très courte.

**M. Mantha:** Je voulais simplement soulever . . .

**Mme Copps:** J'ai également une question supplémentaire.

**M. Mantha:** Quel contrôle exercez-vous chez les militaires par exemple? Il y a là aussi un problème de drogue. Vous ne voulez peut-être pas en parler; si c'est le cas, dites moi simplement non. S'il y a un problème chez les militaires, ils le règlent eux-mêmes. En êtes-vous conscient? Comment puis-je en parler avec prudence? Je crois que je vais me contenter de dire que le problème est très réel. Des jeunes dans ma circonscription ont pris de la drogue et on les a mis dehors. Au sujet des militaires, c'est dit bien clairement lorsqu'on s'engage, si on utilise une drogue quelconque, on est mis à la porte. Voilà tout. Vous passez devant le tribunal et vous avez vos sept jours, je crois.

Est-ce que vous exercez un contrôle sur les militaires, ou est-ce qu'ils s'occupent eux-mêmes de la chose?

**Comm. adj. Heaton:** D'après ma propre expérience, ayant été dans des bases militaires qui relevaient de notre compétence, je peux dire que leur propre police militaire adopte une position très ferme en la matière. Si les choses s'aggravent trop, ils peuvent s'adresser à nous pour obtenir de l'aide. Je ne crois pas devoir vous répondre pour ce qui est des militaires. Je ne suis pas très au courant. Je ne crois pas cependant que l'administration militaire tolère la situation sous quelque forme que ce soit.

**Mme Copps:** J'aimerais invoquer le Règlement. M. Mantha a fait une déclaration concernant les rapports qu'il peut y avoir entre le problème de la drogue et l'immigration au Canada. Je ne voudrais pas que le compte rendu présente cette déclaration comme étant une déclaration des membres du Comité. Je voudrais . . .

**M. Mantha:** Il s'agit d'une opinion personnelle. Elle n'a rien à voir avec ce que les membres du Comité . . .

**Mme Copps:** Oui. Non, non, je comprends, mais étant donné que nous avons . . .

## [Texte]

**Mr. Mantha:** Mr. Chairman—

**The Chairman:** Order, please! Order!

**Mr. Mantha:** She asks questions and this is fine; these are my questions.

**Ms Copps:** Right. But in terms of the immigration—

**The Chairman:** Order, please! We are not going to get into a debate on it. It is not a point of order.

**Ms Copps:** No, no, I understand. But I would like the record to clearly show that it is a personal opinion.

**Mr. Mantha:** All of these are.

**Ms Copps:** I think to suggest that immigration is tied in with drug abuse is—

**The Chairman:** I think it is assumed that anybody's comments are personal comments.

**Mr. Mantha:** Right; they are.

**The Chairman:** The Chair would like to thank both Superintendent Stamler and Assistant Commissioner Heaton for being with us today. Your testimony has been excellent. I dare say we may wish to call upon either or both of you at another, later date for further responses. We will certainly get back to you if we have need for it.

• 1100

I would remind the committee that the next regular meeting is planned for Monday at 7 p.m. We will be having the Drug Addiction Research Centre for the Royal Ottawa Hospital here.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

## [Traduction]

**M. Mantha:** Monsieur le président . . .

**Le président:** À l'ordre s'il vous plaît! À l'ordre!

**M. Mantha:** La députée pose des questions, c'est très bien, mais il s'agit de mes questions.

**Mme Copps:** Exactement. Mais pour ce qui est de l'immigration . . .

**Le président:** À l'ordre s'il vous plaît! Nous n'allons pas en faire un débat. Il ne s'agit pas d'un rappel au Règlement.

**Mme Copps:** Non, non, je comprends. J'aimerais que le compte rendu indique clairement qu'il ne s'agit que d'une opinion personnelle.

**M. Mantha:** Ce sont toutes des opinions personnelles.

**Mme Copps:** Laisons entendre que l'immigration est reliée à l'abus de drogue, représente, d'après moi . . .

**Le président:** On suppose que tous les commentaires sont des remarques personnelles.

**M. Mantha:** C'est exact.

**Le président:** Le président désire remercier le surintendant Stamler et le commissaire adjoint Heaton qui sont venus nous rencontrer aujourd'hui. Votre témoignage a été excellent. Nous allons peut-être vous faire venir l'un ou l'autre ou même tous les deux un peu plus tard pour obtenir de vous deux ou trois réponses. Nous allons certainement communiquer de nouveau avec vous si le besoin s'en fait sentir.

Je rappelle aux membres du comité que la prochaine réunion régulière aura lieu lundi à 19 heures. Nous rencontrerons des représentants du Centre de recherches sur les drogues de l'Hôpital Royal d'Ottawa.

La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président.





APPENDIX "SNTE-1"

PRESENTATION  
OF  
CHIEF SUPERINTENDENT R.T. STAMLER  
DIRECTOR, DRUG ENFORCEMENT DIRECTORATE  
ROYAL CANADIAN MOUNTED POLICE

TO

HOUSE OF COMMONS STANDING COMMITTEE  
ON NATIONAL HEALTH AND WELFARE

JANUARY 22, 1987

PRESENTATION TO THE STANDING COMMITTEE ON  
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

JANUARY 22, 1987

NATIONAL/INTERNATIONAL DRUG SITUATION

I. GENERAL OVERVIEW OF DRUG CONDITIONS

DRUG TRAFFICKING AND THE ABUSE OF ILLICIT DRUGS IS OF MAJOR CONCERN WORLDWIDE. OVER THE PAST TWO DECADES MORE AND MORE GOVERNMENTS AND INTERNATIONAL AGENCIES HAVE BECOME INVOLVED IN THE FIGHT AGAINST DRUG TRAFFICKING AND DRUG ABUSE.

THE DEMAND FOR ILLICIT DRUGS AND IN TURN THE SUPPLY ARE, HOWEVER, CONTINUALLY INCREASING. THE DEMAND BEGINS IN COUNTRIES LIKE CANADA WHERE PEOPLE ARE WILLING TO PAY EXORBITANT PRICES FOR ILLEGALLY MANUFACTURED OR DIVERTED DRUGS. THIS DEMAND HAS PRODUCED ILLEGAL INTERNATIONAL SUPPLY SYSTEMS WHICH ARE MANAGED AND CONTROLLED BY ORGANIZED CRIME. THE PROFITS PRODUCED FROM THIS UNLAWFUL ENTERPRISE HAS HAD A SIGNIFICANT INFLUENCE ON THE PRESENCE, SIZE, STRUCTURE AND POWER OF ORGANIZED CRIME GROUPS BOTH IN CANADA AND OTHER REGIONS OF THE WORLD.

ILLICIT DRUG TRAFFICKING IS A MAJOR ILLEGAL BUSINESS ENTERPRISE. GLOBALLY, IT IS ESTIMATED THAT HUNDREDS OF BILLIONS OF DOLLARS ARE PRODUCED BY THE TRAFFIC IN DRUGS ON AN ANNUAL BASIS. IN CANADA THIS ACTIVITY AMOUNTS TO BILLIONS OF DOLLARS ANNUALLY.

ALMOST ALL THE ILLICIT DRUGS CONSUMED IN CANADA ARE PRODUCED IN FOREIGN COUNTRIES. THESE DRUGS INCLUDE HEROIN, COCAINE, MARIHUANA, HASHISH, LIQUID HASHISH AND CHEMICAL DRUGS SUCH AS LSD, PCP AND AMPHETAMINES. THE TRAFFIC IN THESE DRUGS IS DOMINATED BY ORGANIZED CRIME.



OPIUM AND ITS DERIVATIVES, HEROIN AND MORPHINE, ARE DRUGS WHICH PRESENT A GREAT THREAT OF ADDICTION. ALTHOUGH SOME OF THE OPIUM THAT IS PRODUCED WORLDWIDE IS USED FOR LICIT MEDICINES, THE BULK IS CONVERTED INTO HEROIN BY DRUG TRAFFICKING NETWORKS IN THE PRODUCING COUNTRIES AND DISTRIBUTED THROUGHOUT THE ILLICIT MARKETS OF THE WORLD. THE PRIMARY AREA WHICH IS CURRENTLY SUPPLYING UPWARDS OF 70% OF THE CANADIAN ILLICIT MARKET IS KNOWN AS THE GOLDEN TRIANGLE. THIS REGION COMPRISES THE TRI-BORDER AREA OF THAILAND, BURMA AND LAOS. THE SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS WITHIN THE GROWING COUNTRIES MAKE IT EXTREMELY DIFFICULT TO STOP THE CULTIVATION OF THE ILLICIT OPIUM CROPS. TRAFFICKING AT THIS LEVEL IS EQUALLY DIFFICULT TO STOP. CULTIVATION IS TYPICALLY DONE BY HILL TRIBESMEN. THESE PEOPLE HAVE LITTLE TO DO WITH THEIR NATIONAL GOVERNMENT AND ARE OUTSIDE THE MAINSTREAM OF SOCIETY. THEY LIVE IN REMOTE AREAS WHERE THE NATIONAL GOVERNMENT HAS LITTLE OR NO ACTUAL CONTROL AND INSUFFICIENT RESOURCES TO GAIN CONTROL.

THE MAJOR PRINCIPALS INVOLVED IN THE OPIUM AND HEROIN TRADE IN THE GOLDEN TRIANGLE REGION ARE EITHER LEADERS OF OR INVOLVED IN THE SO-CALLED "REVOLUTIONARY ARMIES" IN THE REGION. THE MOST ACTIVE INSURGENT GROUPS ARE THE SHAN UNITED ARMY AND THE BURMESE COMMUNIST PARTY. MOST OF THESE ARMIES CLAIM TO BE FIGHTING FOR THE SEPARATION OF THE BURMESE SHAN AND KACHIN STATES AND CLAIM THEY ARE ONLY INVOLVED IN THE NARCOTICS TRADE TO FINANCE THEIR POLITICAL CAUSE. THEIR PRIMARY PURPOSE, THEREFORE, IS CLEARLY TO PROTECT THE NARCOTICS TRADE IN AREAS UNDER THEIR CONTROL. IN THIS ZONE WHERE VITAL BURMESE, CHINESE, THAI AND INCREASINGLY VIETNAMESE INTERESTS INTERSECT, A SOLUTION TO THE DRUG TRADE IS NOT LIKELY, EVEN IN THE LONG TERM.

SECONDLY, THERE IS THAT AREA OF SOUTHWEST ASIA COMPRISED OF IRAN, AFGHANISTAN AND PAKISTAN KNOWN AS THE GOLDEN CRESCENT WHICH SUPPLIES THE BALANCE OF THE CANADIAN HEROIN MARKET. TOWARDS THE END OF THE LAST DECADE THIS REGION BECAME A MAJOR SUPPLIER OF OPIUM AND

HEROIN TO THE ILLICIT WORLD MARKET. A HIGHLY UNSTABLE POLITICAL SITUATION AND LACK OF CENTRAL GOVERNMENT CONTROL IN CRITICAL GROWING AND TRANSSHIPMENT AREAS HAVE IMPOSED SEVERE OBSTACLES TO THE CONTROL OF THE NARCOTICS TRADE IN THIS AREA. THE OPIATES FROM THIS REGION ARE MOVED TO EUROPEAN CENTRES BY ORGANIZED CRIME GROUPS BEFORE ENTERING THE CANADIAN MARKET.

AND FINALLY, DESPITE THE FACT THAT ILLICIT TRAFFICKERS IN MEXICO SUPPLY ONLY A NEGLIGIBLE PORTION OF THE HEROIN AVAILABLE ON CANADA'S ILLICIT DRUG MARKET, THESE TRAFFICKERS ARE MAJOR SUPPLIERS OF HEROIN TO THE UNITED STATES. THE RECENT APPEARANCE IN CANADA OF BLACK TAR HEROIN, A CRUDELY PROCESSED BUT HIGH PURITY FORM OF HEROIN FROM MEXICO, IS AN INDICATION THAT TRAFFICKERS FROM MEXICO COULD FIGURE MORE PROMINENTLY IN THE CANADIAN DRUG TRADE IN THE NEAR FUTURE.

COCAINE, A DRUG EXTRACTED FROM THE COCA BUSH, IS INDIGENOUS TO CERTAIN REGIONS OF THE ANDES MOUNTAINS IN SOUTH AMERICA. THE PRINCIPAL COUNTRIES WHERE THE COCA BUSH IS GROWN ARE BOLIVIA, PERU AND COLOMBIA. THE CLIMATIC CONDITIONS IN THESE COUNTRIES, ALTITUDE, HUMIDITY AND TEMPERATURE, ARE MOST FAVOURABLE TO GROWING COCA. WHEREAS WITH THE OPIUM POPPY IT IS THE POD WHICH IS THE MOST IMPORTANT PART OF THE PLANT, WITH THE COCA BUSH IT IS THE LEAVES WHICH SUPPLY THE COCAINE. THE COCA LEAVES ARE PICKED BY HAND IN MUCH THE SAME WAY AS TEA IS HARVESTED. THE LEAVES ARE HARVESTED FROM TWO TO SIX TIMES A YEAR. IN THE ILLICIT TRAFFIC THE COCA LEAVES UNDERGO TWO CHEMICAL PROCESSES - THE FIRST PRODUCES COCA PASTE, THE SECOND COCAINE SULPHATE OR HYDROCHLORIDE. IT IS IN THE SECOND OR HYDROCHLORIDE FORM THAT IT MOST OFTEN APPEARS ON THE ILLICIT MARKET IN CANADA.

THE INDIANS OF THE ANDES HAVE CHEWED THE LEAVES OF THE COCA SHRUB FOR THOUSANDS OF YEARS. HOWEVER, IN MORE RECENT TIMES, THE NORTH AMERICAN AND EUROPEAN DEMAND FOR COCAINE HAS TURNED THE

CULTIVATION OF THE COCA BUSH INTO A PROFIT MAKING VENTURE FOR THE USUALLY POVERTY STRICKEN NATIVES OF BOTH PERU AND BOLIVIA. TONS OF COCA LEAVES GO TO ILLICIT JUNGLE LABORATORIES IN THIS REGION WHERE THE ILLEGAL INCOME OF TRAFFICKERS IS ESTIMATED AT SEVERAL BILLIONS OF DOLLARS ANNUALLY. A PORTION OF THIS ILLEGAL INCOME IS UTILIZED BY COCAINE TRAFFICKERS TO BUY CO-OPERATION FROM GOVERNMENTAL OFFICIALS. THIS CO-OPERATION ROUTINELY INCLUDES PROTECTION AND FREEDOM FROM PROSECUTION.

THOUGH DRUG TRAFFICKING IN SOUTH AMERICA IS PRINCIPALLY CONTROLLED BY FAMILY TYPE CRIME ORGANIZATIONS, THERE HAVE BEEN EVENTS TO SUPPORT THE EXISTENCE OF LINKS BETWEEN DRUG TRAFFICKERS AND POLITICAL INSURGENTS, NOTABLY AT THE LOCAL LEVEL. IN COLOMBIA, GUERRILLA UNITS HAVE BEEN KNOWN TO PROVIDE PROTECTION IN RURAL AREAS IN RETURN FOR MONEY AND WEAPONS. THE REVOLUTIONARY ARMED FORCES OF COLOMBIA (FARC) IS IDENTIFIED AS THE MOST ACTIVE. THE FARC IS THE LARGEST, OLDEST, BEST TRAINED AND EQUIPPED SUBVERSIVE GROUP IN THAT COUNTRY. THE GOVERNMENT OF COLOMBIA IS SERIOUSLY CONCERNED ABOUT THE NARCO-GUERRILLA CONNECTION AS WELL AS DRUG-RELATED VIOLENCE, ESPECIALLY SINCE THE APRIL, 1984 ASSASSINATION OF THE MINISTER OF JUSTICE, RODRIGO LARA BONILLA, AND THE STORMING OF THE PALACE OF JUSTICE IN 1985. THE LATTER EVENT IS BELIEVED TO HAVE BEEN PARTLY MOTIVATED BY THE DESIRE TO DESTROY RECORDS CONCERNING DRUG-RELATED EXTRADITION CASES. MORE RECENTLY, SENIOR POLICE AND POLITICAL FIGURES, WHO HAVE TAKEN A STRONG STAND AGAINST DRUG TRAFFICKING, HAVE BEEN MURDERED.

ALTHOUGH I AM ENDING THIS SEGMENT OF MY PRESENTATION ON THE CANNABIS DERIVATIVES (MARIHUANA, HASHISH AND LIQUID HASHISH), THEY ARE BY NO MEANS LESS IMPORTANT THAN ANY OF THE OTHER ILLICIT DRUGS OF ABUSE. IN FACT, THE CANNABIS DERIVATIVES ARE THE MOST WIDELY ABUSED DRUGS IN CANADA.



CANNABIS GROWS ALMOST ANYWHERE IN THE WORLD. THERE IS AN ENORMOUS FLOW OF CANNABIS FROM CRIMINAL ORGANIZATIONS IN SOUTH AND CENTRAL AMERICA AS WELL AS ASIA AND THE MIDDLE EAST. TWO RECENT CASES INVOLVING MULTI-TON SHIPMENTS OF HASHISH FROM LEBANON TO CANADA'S EAST COAST ILLUSTRATE THIS TRAFFICKING ACTIVITY. THE FIRST CASE RESULTED IN THE SEIZURE OF 14 TONS OF HASHISH, WHILE THE SECOND CASE RESULTED IN THE SEIZURE OF 16.5 TONS OF HASHISH. THE VALUE OF THESE TWO SHIPMENTS AMOUNTED TO OVER 150 MILLION DOLLARS.

## II. DOMESTIC DRUG SITUATION

VANCOUVER, TORONTO AND MONTREAL REMAIN THE PRINCIPAL DISTRIBUTION CENTRES FOR CANADA'S ILLICIT NARCOTICS MARKET. SEVERAL OTHER SMALLER CITIES ACROSS CANADA ARE ALSO DISTRIBUTION POINTS FOR ILLICIT DRUGS. PURITY LEVELS FOR HEROIN AVAILABLE AT STREET LEVEL VARY SIGNIFICANTLY THROUGHOUT CANADA. THE LARGEST MARKET, BRITISH COLUMBIA'S LOWER MAINLAND AREA, CONSISTENTLY REPORTS THE LOWEST STREET LEVEL PURITIES OF THE MAJOR MARKETS IN CANADA, AVERAGING FROM 5% TO 11%. THESE PURITY LEVELS ARE ALSO ENCOUNTERED THROUGHOUT THE PRAIRIE REGION; HOWEVER, ONCE IN ONTARIO, PURITY LEVELS BEGIN RISING. METROPOLITAN TORONTO, WITH THE LARGEST NUMBER OF USERS IN ONTARIO, REGULARLY ENCOUNTERS STREET LEVEL TRAFFICKING PURITIES OF 20% TO 25%. A SIMILAR SITUATION EXISTS IN QUEBEC WITH STREET LEVEL TRAFFICKING PURITIES IN THE MONTREAL AREA RANGING FROM 30% TO AS HIGH AS 50%. WITH SUCH HIGH PURITY LEVELS, USERS ARE LIKELY CUTTING THEIR DRUG SUPPLIES PRIOR TO INJECTION. THE SIZE AND NUMBER OF SEIZURES MADE IN RECENT YEARS, TOGETHER WITH THE RELATIVELY STABLE PRICE OF HEROIN AS COMPARED TO THE HIGHER QUALITY OF THE NARCOTIC, ARE CLEAR INDICATORS THAT THE AVAILABILITY OF HEROIN IS ON THE INCREASE IN CANADA.

THE PROFILE OF THE AVERAGE HEROIN USER IN CANADA IS GENERALLY THAT OF AN UNEMPLOYED MALE, 25 TO 50 YEARS OF AGE. USERS ARE OFTEN

INVOLVED IN OTHER CRIMINAL ACTIVITIES SUCH AS SHOPLIFTING, BREAK, ENTER AND THEFT, ROBBERIES, INCLUDING STREET MUGGINGS AND ARE ALMOST ALWAYS TRAFFICKING IN ORDER TO SUPPORT THEIR PERSONAL HABITS. THEY WILL TRAVEL INTERNATIONALLY TO ARRANGE FOR THE IMPORTATION OF HEROIN OR MAY ACT AS COURIERS THEMSELVES. THERE ARE AN ESTIMATED 2,000 HEROIN USERS IN ALBERTA, WHILE IN MONTREAL THERE ARE AS MANY AS 4,000 ADDICTS. THERE APPEARS TO BE AN INCREASE IN THE NUMBER OF HEROIN USERS IN THE SOUTHERN ONTARIO AREA WITH CURRENT ESTIMATES PLACING THE ADDICT POPULATION AT UPWARDS OF 5,000 (2,000 OF WHICH ARE LOCATED IN METROPOLITAN TORONTO). BRITISH COLUMBIA IS BELIEVED TO HAVE THE LARGEST ADDICT POPULATION IN CANADA WITH IN EXCESS OF 6,000 KNOWN USERS LIVING IN THAT REGION. HOWEVER, THERE MAY BE AS MANY AS 10,000 HEROIN USERS RESIDING IN THAT PROVINCE. THERE ARE INDICATORS THAT THE ADDICT POPULATION IN CANADA MAY BE INCREASING.

HIGH PURITY LEVELS AND INCREASING SUPPLY LEVELS CONFIRM THE READY AVAILABILITY OF COCAINE THROUGHOUT CANADA. THE SUPPLY OF THIS DRUG IS CONCENTRATED IN THE MAJOR METROPOLITAN CENTRES, WITH INCREASING AVAILABILITY IN THE SMALLER AND MORE REMOTE COMMUNITIES. IN MOST AREAS OF CANADA, COCAINE CAN BE PURCHASED ON THE ILLICIT MARKET AT THE GRAM AND, INCREASINGLY, OUNCE LEVELS. POUND AND KILOGRAM QUANTITIES ARE USUALLY ENCOUNTERED IN THE LARGER METROPOLITAN AREAS OF VANCOUVER, TORONTO AND MONTREAL, WHERE THE LOWEST PRICES PREVAIL. STREET PURITIES ARE OFTEN OVER 50%, WHILE BULK QUANTITIES FREQUENTLY REACH 90% PURITY. STABLE PRICES AND HIGH PURITY LEVELS REVEAL THAT TRAFFICKERS ARE SUCCESSFUL IN SMUGGLING LARGE QUANTITIES OF THIS DRUG INTO CANADA ON A REGULAR BASIS TO MEET AN INCREASING DEMAND. MONTREAL CONTINUES TO BE THE MAJOR DISTRIBUTION CENTRE IN CANADA AS INDICATED BY THE LOWEST DOMESTIC WHOLESALE PRICES AND INVESTIGATIONS INDICATE THAT INTERMEDIATE LEVEL TRAFFICKERS FROM OUTSIDE THE PROVINCE REGULARLY TRAVEL TO QUEBEC TO NEGOTIATE THE PURCHASE OF COCAINE.

THE MOST COMMON FORM OF INGESTING COCAINE IS SNORTING (INTRANASAL ABSORPTION). FREEBASING IS ANOTHER METHOD OF

ADMINISTRATION THAT IS BECOMING INCREASINGLY POPULAR. INTRAVENOUS INJECTION HOWEVER IS NOT A COMMON METHOD OF COCAINE INGESTION IN CANADA. BAZUKO (COCAINE-LACED TOBACCO OR MARIHUANA CIGARETTES) USE IS BECOMING INCREASINGLY POPULAR IN SOME AREAS OF WESTERN CANADA. BAZUKO IS ALSO BEING USED BY SOUTH AMERICAN TRAFFICKERS IN CENTRAL CANADA. DRUG USERS CONTINUED TO INGEST A COMBINATION OF COCAINE AND HEROIN TO COMBAT THE DEPRESSION FOLLOWING COCAINE USE. THIS COMBINATION OF DRUGS IS KNOWN AS A "SPEEDBALL" OR "SPEEDBOMB". THE ABUSE OF "CRACK" COCAINE, WHICH IS REACHING EPIDEMIC PROPORTIONS IN THE UNITED STATES, BEGAN SURFACING IN CANADA IN 1986. "CRACK" OR "ROCK" ARE THE STREET NAMES FOR A MORE PURIFIED (FREEBASED) FORM OF COCAINE THAT IS SMOKED. CRACK IS MANUFACTURED BY CONVERTING COCAINE HYDROCHLORIDE BACK TO BASE USING BAKING SODA AND WATER INSTEAD OF THE VOLATILE CHEMICALS PREVIOUSLY USED IN THE FREEBASING PROCESS. THIS FORM OF COCAINE IS SOLD IN SMALL WHITE, GREY OR BEIGE ROUGH CHUNKS. DRUG USE SURVEYS IN CANADA INDICATE THAT COCAINE USERS ARE PREDOMINANTLY MALES IN THE 20 TO 40 YEAR OLD AGE GROUP. COCAINE IS, HOWEVER, NO LONGER RESTRICTED TO ADULTS OF HIGHER SOCIO-ECONOMIC OR PROFESSIONAL GROUPS. THIS DRUG IS USED BY ALL LEVELS OF SOCIETY; HOWEVER, PRICE MAY STILL CONSTITUTE THE PRINCIPAL BARRIER TO USE BY YOUNGER PERSONS. A RECENT STUDY CONDUCTED BY THE ADDICTION RESEARCH FOUNDATION OF ONTARIO (ARF) AS WELL AS A US SURVEY BY THE NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) INDICATE THAT COCAINE USE BY ADOLESCENTS IN NORTH AMERICA IS INCREASING.

OUTLAW MOTORCYCLE GANGS ARE ONE OF THE MAJOR ORGANIZED CRIME THREATS IN CANADA TODAY. THEY ARE INVOLVED IN VIRTUALLY ALL MAJOR CRIMINAL ACTIVITIES RANGING FROM MURDER TO WHITE COLLAR CRIME. IN TURN, THEY ARE INVESTING THEIR PROFITS IN LEGITIMATE BUSINESS. MOTORCYCLE GANGS PROVIDE THE PERFECT COVER FOR THE DISTRIBUTION OF ILLICIT DRUGS THROUGHOUT CANADA. STRATEGICALLY LOCATED IN VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA AND BORDER ENTRY POINTS IN BOTH ONTARIO AND QUEBEC, THE MAJOR OUTLAW MOTORCYCLE GANGS ARE THE PRINCIPAL



GROUPS RESPONSIBLE FOR THE DISTRIBUTION OF METHAMPHETAMINE AND APPEAR TO BE EXPANDING THEIR INTERESTS INTO THE AREAS OF DISTRIBUTING COCAINE AND CANNABIS. INVOLVEMENT OF THESE CRIME GROUPS IN THE ILLICIT DRUG TRADE IS, HOWEVER, NOT LIMITED TO DISTRIBUTION. INCREASINGLY, THESE GROUPS ARE INVOLVED IN THE FINANCING AND MANUFACTURING OF CHEMICAL DRUGS IN ALMOST EVERY REGION OF CANADA.

TODAY'S TECHNOLOGICAL ADVANCES ALLOW FOR THE ILLEGAL PRODUCTION OF CHEMICAL DRUGS WITH FEW FINANCIAL RESOURCES NECESSARY. WITH RELATIVELY SMALL AND INEXPENSIVE AMOUNTS OF PRECURSOR CHEMICALS, SIGNIFICANT QUANTITIES OF DANGEROUS SUBSTANCES CAN BE PRODUCED WITH, IN SOME CASES, MINIMAL RISKS FOR DETECTION. THE MANUFACTURE OF A NUMBER OF THESE CHEMICAL SUBSTANCES, ALSO KNOWN AS "DESIGNER DRUGS", REPRESENTS ONE OF THE MOST SERIOUS THREATS TO LAW ENFORCEMENT EFFORTS AGAINST DRUG TRAFFICKING AND CONTROL. SOME CHEMISTS ATTEMPT TO SYNTHESIZE ANALOGUES OF CONTROLLED SUBSTANCES IN AN EFFORT TO AVOID PROSECUTION UNDER THE EXISTING DRUG LAWS OF CANADA. THE CHEMICAL STRUCTURES OF CONTROLLED, "PARENT" SUBSTANCES ARE ALTERED SO AS TO PRODUCE COMPOUNDS WHICH HAVE PROPERTIES SIMILAR TO THOSE OF THE PARENTS, BUT WHICH THEMSELVES, BY VIRTUE OF THEIR SLIGHTLY DIFFERENT CHEMICAL MAKE-UP, DO NOT FALL WITHIN LEGAL CONTROLS. THE HEROIN SUBSTITUTES SUCH AS FENTANYL ARE TARGETS FOR EXCEPTIONALLY POTENT ANALOGUES. FENTANYL, A NARCOTIC ANALGESIC IS KNOWN FOR FAST ONSET, SHORT DURATION AND A HIGH THERAPEUTIC INDEX. IT IS, HOWEVER, HIGHLY ADDICTIVE AND IN OVERDOSE SITUATIONS, DEATH OCCURS BY RESPIRATORY DEPRESSION. AT LEAST EIGHT ANALOGUES OF FENTANYL HAVE BEEN DETECTED IN THE ILLICIT DRUG TRADE IN THE UNITED STATES THUS FAR. THESE ANALOGUES PRODUCE EFFECTS SIMILAR TO THOSE OF HEROIN, BUT CAN BE MORE THAN 1,000 TIMES AS POTENT. THIS HIGH POTENCY SUBSTANTIALLY INCREASES THE RISK OF OVERDOSE. THERE ARE NUMEROUS PROBLEMS ASSOCIATED WITH FENTANYL AND ITS ANALOGUES IN THE AREA OF ENFORCEMENT. DETECTION WITH CURRENT ANALYSIS TECHNIQUES IS

VIRTUALLY IMPOSSIBLE. THE DRUG IS SYNTHETIC, REQUIRING NO OPIUM BASE AND THEREFORE THERE IS LITTLE IMPORTATION RISK FOR DRUG TRAFFICKERS. ALTHOUGH RCMP DATA HAVE NOT YET INDICATED SEIZURES OF CONTROLLED SUBSTANCE ANALOGUES, THESE SUBSTANCES ARE EXPECTED TO SURFACE ON THE CANADIAN ILLICIT MARKET IN THE NOT-TOO-DISTANT FUTURE.

THE CANNABIS DERIVATIVES REMAIN THE MOST READILY AVAILABLE AND ABUSED ILLICIT DRUGS IN CANADA. THE NUMBER OF USERS APPEARS TO BE STABLE WITH REGARD TO CONSUMPTION OF BOTH DOMESTICALLY PRODUCED AND IMPORTED VARIETIES OF CANNABIS. THE VARIETIES, SUCH AS "THAI STICKS", "SINSEMILLA" AND "MEXICAN RED HAIR", WHICH ARE KNOWN FOR THEIR HIGH CONTENT OF TETRAHYDROCANNABINOL (THC), ARE POPULAR THROUGHOUT THE COUNTRY. THE USE OF HASHISH AND LIQUID HASHISH IS MOST PREVALENT IN CENTRAL AND EASTERN CANADA. ALTHOUGH MOST OF THE ILLLEGAL CULTIVATION OF CANNABIS IS FOUND IN BRITISH COLUMBIA, DOMESTIC ILLLEGAL CULTIVATION IS ENCOUNTERED THROUGHOUT CANADA. INDOOR CULTIVATION AND HYDROPONICS MAKE IT POSSIBLE TO PRODUCE HIGHER LEVELS OF THC AND MORE EFFECTIVELY EXERCISE CROP CONTROL AND PROTECTION OF CANNABIS PLANTS FROM ADVERSE CLIMATIC CONDITIONS.

THE ATLANTIC COAST WILL MOST PROBABLY CONTINUE TO BE A NORTH AMERICAN GATEWAY TO ILLICIT MARIHUANA SHIPMENTS FROM ILLICIT TRAFFICKING ORGANIZATIONS BASED IN COLOMBIA AND FOR HASHISH FROM EUROPE AND AFRICA. THE WEST COAST OF CANADA WILL MOST LIKELY BE A DESTINATION FOR ILLLEGAL OPERATIONS OF MOTHERSHIPS FROM CRIMINAL GROUPS IN COLOMBIA, MEXICO AND THAILAND.

### III. INTERNATIONAL/NATIONAL TRAFFICKING PATTERNS - TRENDS

GIVEN THE CURRENT POLITICAL AND ECONOMIC CONDITIONS WITHIN THE PRIMARY DRUG PRODUCING NATIONS, THE FOLLOWING TRAFFICKING PATTERNS AND TRENDS ARE ANTICIPATED OVER THE NEXT SEVERAL YEARS:

- WITH THE INCREASE IN SEIZURES OF MEXICAN BLACK TAR HEROIN IN THE UNITED STATES, PARTICULARLY IN THE NORTHERN BORDER STATES, IT IS BELIEVED THAT THIS NARCOTIC WILL MAKE INROADS INTO THE CANADIAN ILLICIT DRUG MARKET. THE AVAILABILITY OF THE DRUG, COMBINED WITH ITS HIGH PURITY AND LOWER PRICE, WILL MAKE IT POPULAR IN THIS COUNTRY. HEROIN INJURIES AND DEATHS WILL LIKELY INCREASE PROPORTIONALLY. MEXICO SHOULD BE VIEWED AS A POSSIBLE SECONDARY SOURCE OF HEROIN SHOULD A DISRUPTION OCCUR WITHIN THE SOUTHEAST AND SOUTHWEST ASIAN NARCOTICS SUPPLIES.
- SOUTHEAST ASIA IS EXPECTED TO CONTINUE TO BE THE MAJOR SUPPLIER TO CANADA'S ILLICIT HEROIN MARKET. SOUTHWEST ASIAN HEROIN COULD GAIN A LARGER SHARE OF CANADA'S ILLICIT HEROIN MARKET DUE TO THE ESTABLISHMENT OF INCREASING NUMBERS OF CLANDESTINE LABORATORIES FOR THE REFINING OF SWA HEROIN BASE INTO HEROIN IN EUROPE AND THE MIDDLE EAST. POLITICAL UPHEAVALS IN OPIUM PRODUCING COUNTRIES HAVE ALSO INCREASED THE FLOW OF SOUTHWEST ASIAN HEROIN WESTWARD. SHOULD SWA HEROIN INCREASE ITS SHARE OF THE ILLICIT DRUG MARKET IN CANADA, IT IS LIKELY TO ENTER THE COUNTRY THROUGH EASTERN CANADA, PARTICULARLY MONTREAL AND TORONTO.
- SRI LANKAN AND NIGERIAN DRUG TRAFFICKERS ARE EXPECTED TO BECOME INCREASINGLY INVOLVED IN MOVING SOUTHWEST ASIAN HEROIN TO EUROPE AS WELL AS INTO CANADA AND THE UNITED STATES THROUGH 1988.
- THE BEKAA REGION OF LEBANON, WHICH IS LARGELY UNDER SYRIAN CONTROL, WILL CONTINUE TO PRODUCE HIGH QUALITY OPIUM AND HEROIN. A NUMBER OF NEW CLANDESTINE LABORATORIES ARE LIKELY TO BE SET UP IN SYRIA, AND THE REFINED HEROIN WILL BE MOVED TO EUROPE AND NORTH AMERICA. THE HEROIN WILL BE MANUFACTURED FROM MORPHINE BASE AND HEROIN BASE PRODUCED BOTH IN LEBANON AND THE GOLDEN CRESCENT AREA OF SOUTHWEST ASIA (PAKISTAN, AFGHANISTAN AND IRAN).



- THE WIDESPREAD AVAILABILITY OF COCAINE THROUGHOUT CANADA IS EXPECTED TO PERSIST TO THE 1990'S UNLESS DRUG ENFORCEMENT MEASURES IN SOUTH AMERICA SEVERELY DISRUPT THE COCA TO COCAINE CYCLE AND REDUCE INTERNATIONAL TRAFFICKING, OR UNTIL THE DEMAND FOR THIS DRUG DECREASES.
- THE POSSIBILITY OF CLANDESTINE COCAINE LABORATORIES BEING SET UP IN CANADA, ESPECIALLY IN THE MAJOR POPULATION CENTRES, WILL INCREASE AS DRUG ENFORCEMENT MEASURES IN SOUTH AMERICA PUSH TRAFFICKERS AWAY FROM THE TRADITIONALLY ESTABLISHED AREAS TO SURROUNDING COUNTRIES AS WELL AS OVERSEAS LOCATIONS.
- ABUSE OF MORE POTENT COCAINE DERIVATIVES AND USE IN COMBINATION WITH OTHER SUBSTANCES ARE EXPECTED TO BECOME MORE PREVALENT. SHOULD THIS TREND OCCUR, RELATED HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS WILL INCREASE IN CANADA.
- OUTLAW MOTORCYCLE GANGS WILL CONTINUE TO BE ONE OF THE MAJOR ORGANIZED CRIME THREATS IN CANADA WITH AN EMPHASIS ON THEIR INVOLVEMENT IN THE ILLICIT DRUG TRADE. THESE CRIMINAL ORGANIZATIONS WILL BE ACTIVE IN THE FINANCING, MANUFACTURING AND DISTRIBUTION OF CHEMICAL DRUGS THROUGHOUT CANADA AND ARE EXPECTED TO CONTINUE TO DIVERSIFY THEIR OPERATIONS THROUGH SOPHISTICATED MONEY LAUNDERING TECHNIQUES. AS WELL, THEY WILL CONTINUE TO EXPAND THEIR ILLICIT ACTIVITIES INTO OTHER DRUG CATEGORIES.
- LABORATORIES PRODUCING SOME TYPES OF CHEMICAL DRUGS REPRESENT A SERIOUS THREAT AND ENVIRONMENTAL HAZARD TO BOTH THE PUBLIC AND DRUG ENFORCEMENT OFFICERS AS THE SYNTHESIS OF THESE COMPOUNDS CAN LEAD TO THE PRODUCTION OF SUBSTANCES DIRECTLY LINKED TO PARKINSON'S DISEASE. DUE TO THE TOXICITY OF THESE AND OTHER NEW SYNTHETIC DRUGS, LAW ENFORCEMENT PERSONNEL WILL HAVE TO DEVELOP NEW TECHNIQUES AND PROCEDURES FOR DISMANTLING ILLEGAL LABORATORIES.

ORGANIZED CRIME GROUPS FROM OTHER PARTS OF THE WORLD WILL CONTINUE TO TRY TO MAKE INROADS TO CONTROL THE CANADIAN MARKET. THE GREATEST THREAT WILL COME FROM GROUPS IN SOUTHEAST ASIA AND COLOMBIA. GROUPS FROM PAKISTAN, INDIA AND LEBANON WILL ALSO ATTEMPT TO INCREASE THEIR SHARE OF THE CANADIAN ILLICIT MARKET.

#### IV. ORGANIZED CRIME CONNECTIONS

AS I OUTLINED AT THE OUTSET OF MY PRESENTATION, DRUG TRAFFICKING IS TO A LARGE EXTENT DOMINATED BY ORGANIZED CRIMINAL SYNDICATES WHOSE SOLE PURPOSE IS TO SECURE FINANCIAL PROFIT AND POWER. GENERATED BY STREET DRUG SALES, A VIRTUALLY UNLIMITED FLOW OF MONEY MOVES UPWARDS TO HIGH-LEVEL INTERNATIONAL CRIMINALS. THE FUNDS HELP TO PERPETUATE ILLICIT DRUG DISTRIBUTION NETWORKS, WHICH FUNCTION WITHOUT REGARD TO NATIONAL BOUNDARIES AND TAXATION SYSTEMS OR THE REGULATIONS APPLIED TO LEGITIMATE TRADE AND COMMERCE.

SUCH A FLOW OF MONEY PROVIDES THE POWER NECESSARY TO ENSURE THAT THE TRAFFICKING SYSTEMS CONTINUE TO FUNCTION. BRIBES, PAY-OFFS AND THE CORRUPTION OF PUBLIC OFFICIALS ARE ONLY A FEW OF THE CRIMINAL ACTS THAT TRAFFICKING ORGANIZATIONS ARE PREPARED TO COMMIT IN ORDER TO ESTABLISH AND MAINTAIN SUCH SYSTEMS. THE VAST PROFITS ARE LAUNDERED AND REINVESTED INTO LEGAL AND QUASI-LEGAL BUSINESS VENTURES. THESE, IN TURN, PROVIDE A SHIELD OF RESPECTABILITY TO THE SYNDICATE LEADERS.

THE RISKS INVOLVED ARE EXTREMELY LOW FOR THE FINANCIERS AND HIGH-LEVEL INTERNATIONAL CRIMINALS, WHO MAY NEVER COME INTO DIRECT CONTACT WITH ILLICIT DRUGS. IN SUCH CIRCUMSTANCES, THE DRUG TRAFFICKING SYNDICATES CAN BE EXPECTED TO FLOURISH AND TO CONTINUE SUPPLYING ILLICIT DRUGS TO MEET THE PERMANENT DEMAND FROM GROUPS WITHIN SOCIETY WILLING TO PAY THE PRICE FOR THEM.

DRUG TRAFFICKING GENERATES MORE REVENUE FOR CRIMINAL ORGANIZATIONS THAN ANY OTHER TYPE OF CRIMINAL ACTIVITY. THE PROFITS DERIVED FROM DRUG TRAFFICKING ARE CLEARLY REVEALED BY THE INCREASE IN THE VALUE OF ILLICIT DRUGS AS THEY MOVE FROM THE PRODUCER TO THE ABUSER. AN ILLICIT OPIUM PRODUCER MAY RECEIVE FROM \$1,000 TO \$1,500 FOR 10 KILOGRAMS OF OPIUM, WHICH IN TURN PRODUCES ONE KILOGRAM OF PURE HEROIN THAT SELLS IN PRODUCTION AREAS FOR APPROXIMATELY \$5,000 TO \$6,000. WHEN ONE KILOGRAM OF PURE HEROIN IS DELIVERED TO MAJOR EUROPEAN DISTRIBUTION CENTRES, IT MAY SELL FOR \$70,000 TO \$90,000 AT THE WHOLESALE LEVEL. THE FINAL PRODUCT THAT EMERGES, AFTER HEROIN IS CUT AND DILUTED TO STREET-LEVEL PURITY, IS A CAPSULE DOSAGE UNIT CONTAINING A SMALL PERCENTAGE OF HEROIN WHICH IS SOLD TO THE ADDICT FOR \$35 TO \$50 PER UNIT. THIS MEANS THAT ONE KILOGRAM OF HEROIN CAN GENERATE SALES OF UP TO \$12 MILLION.

THE ILLICIT OPIUM PRODUCER MAY MAKE ONLY SEVERAL THOUSAND CANADIAN DOLLARS FROM HIS ANNUAL HARVEST, WHILE THE ORGANIZED CRIMINAL SYNDICATES WHICH MANUFACTURE, TRANSPORT AND SELL HEROIN ON THE ILLICIT MARKETS RECEIVE BILLIONS OF TAX-FREE DOLLARS ANNUALLY. THE SAME SITUATION EXISTS WITH RESPECT TO COCAINE, WHERE ONLY THE GEOGRAPHICAL AND ETHNIC BACKGROUNDS OF CRIMINALS ARE DIFFERENT.

THE SOUTH AMERICAN COCA-BUSH FARMER RECEIVES APPROXIMATELY \$500 FOR 250 KILOGRAMS OF COCA LEAVES WHICH YIELD ONE KILOGRAM OF PURE COCAINE HYDROCHLORIDE. THIS KILOGRAM OF COCAINE SELLS FOR UP TO \$14,000 IN SOUTH AMERICA AND FOR APPROXIMATELY \$60,000 TO \$90,000 AT THE WHOLESALE LEVEL IN NORTH AMERICA OR EUROPE. BY THE TIME IT HAS BEEN DILUTED AND REACHES THE USER LEVEL, ONE KILOGRAM OF COCAINE GENERATES A MINIMUM OF \$500,000. MORE THAN 100 TONS OF COCAINE ARE PRODUCED ANNUALLY IN SOUTH AMERICA.

SIMILAR MASSIVE PROFITS CAN BE REAPED IN THE CASE OF CANNABIS. CURRENT INTELLIGENCE ESTIMATES SHOW THAT IN COLOMBIA UP TO 20,000 HECTARES ARE CULTIVATED WITH CANNABIS PLANTS, PRODUCING ANNUALLY



BETWEEN 25 AND 50 THOUSAND TONS OF HIGH QUALITY CANNABIS DESTINED FOR THE ILLICIT WORLD MARKETS. THE WHOLESALE VALUE OF THIS PRODUCTION IS ESTIMATED AT OVER \$2 BILLION. STREET SALES PRODUCE A CASH FLOW OF HUNDREDS OF BILLIONS OF DOLLARS. NUMEROUS DRUG DISTRIBUTION NETWORKS IN OTHER COUNTRIES THROUGHOUT THE WORLD PRODUCE HUNDREDS OF TONS OF ILLICIT CANNABIS GENERATING BILLIONS OF DOLLARS IN PROFITS ANNUALLY. CLANDESTINE LABORATORIES AND SUBSTANCES DIVERTED FROM LICIT SOURCES ADD BILLIONS OF ADDITIONAL DOLLARS TO THE ILLICIT DRUG PROFITS THAT CAN BE MADE BY DRUG TRAFFICKERS.

V. LAW ENFORCEMENT MEASURES TO COUNTER DRUG TRAFFICKING

HISTORICALLY, LAW ENFORCEMENT AGENCIES IN CANADA, WHEN INVESTIGATING "CONSENSUAL TYPE" CRIME, SUCH AS DRUG TRAFFICKING, HAVE CONCERNED THEMSELVES WITH THE INTERCEPTION OF DRUGS AND CONTROLLING THE PERSONS OR ORGANIZED CRIME GROUPS BEHIND THE SHIPMENTS. THIS DIRECTION HAS RESULTED IN NUMEROUS ORGANIZATIONS BEING DETECTED, DISMANTLED AND PROSECUTED. ENFORCEMENT AGENCIES HAVE UTILIZED VARIOUS METHODS AND TECHNOLOGICAL ADVANCES IN AN EFFORT TO COMBAT THIS SOCIETAL PROBLEM. THE MORE TRADITIONAL APPROACHES HAVE INCLUDED:

A. SURVEILLANCE:

- I) PHYSICAL
- II) TECHNICAL
  - A) ELECTRONIC TRANSMITTERS
  - B) INTERCEPTION OF COMMUNICATIONS.

B. CONFIDENTIAL HUMAN SOURCES

- I) CONTACTS
- II) INFORMANTS
- III) AGENTS

## C. UNDERCOVER TECHNIQUES

ALTHOUGH MANY HIGH LEVEL TRAFFICKERS WERE ARRESTED AND DRUG SHIPMENTS SEIZED AS A RESULT OF THESE TRADITIONAL ENFORCEMENT MEASURES, MANY INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS CONTINUED TO FLOURISH IN THE DRUG TRADE EVEN THOUGH THEY THEMSELVES, OR A PRINCIPAL FIGURE IN THE ORGANIZATION, WERE INCARCERATED. THIS RESULTS FROM THE FACT THAT HISTORICALLY, WHEN DRUG ARRESTS WERE MADE, THE EMPIRES OF THE SUSPECTS REMAINED INTACT WITH ALL THE ASSETS DERIVED FROM CRIME. SINCE THE TREND IN SENTENCING HAS BEEN TOWARDS SHORTER PERIODS OF INCARCERATION, INVESTIGATIVE UNITS ARE HAVING TO TARGET THE SAME INDIVIDUALS ON AVERAGE EVERY FIVE TO SEVEN YEARS. AND SINCE CRIMINAL EMPIRES AWAIT THESE INDIVIDUALS, ONCE THEY ARE RELEASED FROM DETENTION THEY ARE ABLE TO RESUME THEIR ACTIVITIES IN THE DRUG TRADE AT THE SAME LEVEL THEY LEFT PRIOR TO THEIR BEING ARRESTED. CHANCES ARE THAT DURING THEIR PERIOD OF DETENTION THEIR ASSETS INCREASED THROUGH THE ACCUMULATION OF INTEREST ON INVESTMENTS.

THE USE OF FINANCIAL INVESTIGATIONS TO TRACE, FREEZE, SEIZE AND FORFEIT THE PROCEEDS OF CRIME SERVES TO REMOVE THE PROFITS OF CRIMINAL ENTERPRISE. THIS RELATIVELY NEW TYPE OF INVESTIGATIVE METHODOLOGY RESULTS IN THE CREATION OF A MORE EFFECTIVE ENFORCEMENT PROGRAM.

THE INCLUSION OF FINANCIAL EVIDENCE IN PROSECUTING THE MEMBERS OF ILLICIT DRUG TRAFFICKING ORGANIZATIONS ESTABLISHES FOR THE COURTS IN CANADA THE ENTIRE ILLEGAL PRACTICES OF THE INDIVIDUAL OR ORGANIZATION BEING PROSECUTED. FINANCIAL EVIDENCE SUPPORTS THE PREMISE THAT THE INDIVIDUAL'S OR ORGANIZATION'S SOLE PRACTICE IS LIVING OFF THE PROFITS DERIVED FROM DRUG TRAFFICKING. THIS INVESTIGATIVE AVENUE SUPPORTS THE REQUEST FOR HIGHER AND LONGER PRISON TERMS.

EVIDENCE CAN BE INTRODUCED IN COURT WHICH ILLUSTRATES THE EXTENT OF WEALTH DERIVED FROM THE ILLICIT DRUG TRADE. THIS EVIDENCE

ALLOWS THE PRESIDING JUDGE TO FORMULATE IN HIS OR HER OWN MIND THE EXACT POSITION OF THE SUSPECT THAT IS BEING TRIED. CANADIAN COURTS HAVE RELIED ON EVIDENCE SUCH AS MARKED MONEY, ASSOCIATION WITH DRUG TRAFFICKERS, DRUG PARAPHERNALIA AND THE USE OF SAFETY DEPOSIT BOXES; IN AS MUCH AS THEY ARE ALL FORMS OF CIRCUMSTANTIAL EVIDENCE, TO DRAW AN INFERENCE THAT SEIZED MONIES WERE THE PROCEEDS OF DRUG TRAFFICKING. IT IS CLEAR THAT CANADIAN COURTS HAVE ADOPTED A STRONG STAND AGAINST INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS THAT POSSESS THE PROCEEDS OF DRUG CRIME.

EFFECTIVELY PROSECUTING INDIVIDUALS AND ORGANIZED CRIMINAL GROUPS AND REMOVING THE ACCUMULATED PROFITS OF CRIME THROUGH THE USE OF BOTH TRADITIONAL AND CURRENT LAW ENFORCEMENT TECHNIQUES, WILL RESULT IN DISMANTLING THESE CRIMINAL ENTERPRISES BEFORE THEY BECOME ENTRENCHED IN OUR SOCIETY.

## VI. CONCLUSION

TO CONCLUDE MY PRESENTATION, I CANNOT OVER EMPHASIZE THAT THE DRUG PROBLEM FACING CANADA TODAY IS HIGHLY COMPLEX. WE HAVE TO CONSIDER ALL THE PROBLEMS RELATED TO THE PRODUCTION OF ILLICIT DRUGS, THE TRAFFICKING AND DISTRIBUTION OF DRUGS, THE ABUSE OF DRUGS AS WELL AS ORGANIZED CRIME CONNECTIONS TO THE DRUG TRADE AND THE LAUNDERING OF DRUG-RELATED ASSETS.

IN MY VIEW, ANY COUNTRY THAT WANTS TO EFFECTIVELY CURB DRUG TRAFFICKING AND DRUG ABUSE MUST DO SO IN TERMS OF A COMPREHENSIVE MULTI-FACETED APPROACH. THERE IS NO ONE SOLUTION TO THE ILLICIT DRUG PROBLEM. THE FIGHT AGAINST THIS PROBLEM REQUIRES LONG-TERM COMMITMENT. A COMPREHENSIVE AND BALANCED SUPPLY AND DEMAND REDUCTION APPROACH HAS THE BEST CHANCE OF SUCCESS. IN THE SHORT TERM, WE MUST CONTINUE TO PLACE A HEAVY EMPHASIS ON ENFORCEMENT AND SUPPLY REDUCTION PROGRAMS. HOWEVER, IN THE LONG TERM, WE MUST DEVELOP EDUCATION AND TREATMENT PROGRAMS THAT WILL SIGNIFICANTLY REDUCE THE DEMAND FOR ILLICIT DRUGS IN CANADA.



## APPENDICE "SNTE-1"

PRÉSENTATION  
DU  
SURINTENDANT PRINCIPAL R.T. STAMLER  
DIRECTEUR, POLICE DES DROGUES  
GENDARMERIE ROYALE DU CANADA  
AU  
COMITÉ PERMANENT DE LA CHAMBRE DES COMMUNES  
SUR LA SANTÉ NATIONALE ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

LE 22 JANVIER, 1987

PRÉSENTATION AU COMITÉ PERMANENT  
SUR LA SANTÉ NATIONALE ET LE BIEN-ÊTRE SOCIAL

LE 22 JANVIER 1987

SITUATION NATIONALE ET INTERNATIONALE RELATIVE AUX DROGUES

I. APERCU GÉNÉRAL DES CONDITIONS RELATIVES AUX DROGUES

LE TRAFIC ET L'ABUS DE DROGUES ILLICITES CONSTITUENT UN FLÉAU MONDIAL. AU COURS DES VINGT DERNIÈRES ANNÉES, DE PLUS EN PLUS DE GOUVERNEMENTS ET D'ORGANISMES INTERNATIONAUX SONT ENTRÉS DANS LA LUTTE AU TRAFIC ET À L'ABUS DES DROGUES.

CEPENDANT, LA DEMANDE ET PAR CONSÉQUENT, L'OFFRE CROISSENT SANS CESSER. LA DEMANDE COMMENCE DANS DES PAYS TELS QUE LE CANADA, OÙ DES PERSONNES SONT DISPOSÉES À PAYER DES PRIX EXORBITANTS POUR SE PROCURER DES DROGUES FABRIQUÉES ILLÉGALEMENT OU DES MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS. CETTE DEMANDE A ENGENDRÉ DES RÉSEAUX INTERNATIONAUX ILLÉGAUX D'APPROVISIONNEMENT DIRIGÉS PAR LE CRIME ORGANISÉ. LES PROFITS GÉNÉRÉS PAR CETTE ENTREPRISE ILLÉGALE A EU UN EFFET MAJEUR EN CE QUI A TRAIT À LA PRÉSENCE, À L'IMPORTANCE, À LA STRUCTURE ET AU POUVOIR DE GROUPES DU CRIME ORGANISÉ AU CANADA ET AILLEURS AU MONDE.

LE TRAFIC DES DROGUES ILLICITES EST UNE ENTREPRISE COMMERCIALE ILLÉGALE D'ENVERGURE. CETTE ACTIVITÉ À L'ÉCHELLE MONDIALE RAPPORTERAIT ANNUELLEMENT DES CENTAINES DE MILLIARDS DE DOLLARS.

PRESTQUE TOUTES LES DROGUES, SUR LE MARCHÉ ILLICITE CANADIEN, C'EST-À-DIRE L'HÉROÏNE, LA COCAÏNE, LES DROGUES CHIMIQUES (LSD, PCP ET AMPHÉTAMINE), LA MARIHUANA ET LE HASCHICH SOLIDE ET LIQUIDE, SONT PRODUITES À L'ÉTRANGER. LE TRAFIC DE CES DROGUES EST DOMINÉ PAR LE CRIME ORGANISÉ.

L'OPIUM ET SES DÉRIVÉS, L'HÉROÏNE ET LA MORPHINE PRÉSENTENT UNE GRANDE MENACE AU CHAPITRE DE LA DÉPENDANCE. MÊME SI UNE CERTAINE QUANTITÉ D'OPIUM EST UTILISÉE DANS LA FABRICATION DE MÉDICAMENTS LICITES, LA MAJEURE PARTIE SERA CONVERTIE EN HÉROÏNE DANS LES PAYS SOURCES ET DÉTOURNÉE VERS LES MARCHÉS ILLICITES DU MONDE ENTIER. LA PRINCIPALE RÉGION QUI ALIMENTE PRÉSENTEMENT PLUS DE 70 P. 100 DU MARCHÉ ILLICITE CANADIEN, EST CONNUE SOUS LE NOM DE "TRIANGLE D'OR". CETTE RÉGION COMPREND LES FRONTIÈRES COMMUNES DE LA THAÏLANDE, DE LA BIRMANIE ET DU LAOS. LES RÉALITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES PAYS PRODUCTEURS RENDENT TRÈS DIFFICILE TOUTE TENTATIVE VISANT À SUPPRIMER LA CULTURE ILLICITE DE L'OPIUM. IL EST ÉGALEMENT DIFFICILE D'ARRÊTER LE TRAFIC À CE NIVEAU. LA CULTURE EST GÉNÉRALEMENT FAITE PAR LES TRIBUS MONTAGNARDES DONT LA POPULATION QUI SE TROUVE EN MARGE DE LA SOCIÉTÉ, A PEU À FAIRE AVEC LE GOUVERNEMENT NATIONAL. ELLES VIVENT DANS LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES QUI ÉCHAPPENT TOUT À FAIT OU EN PARTIE AU CONTRÔLE DU GOUVERNEMENT CENTRAL QUI N'A PAS LES RESSOURCES SUFFISANTES POUR RECTIFIER CETTE SITUATION.

LES RESPONSABLES DU COMMERCE DE L'OPIUM ET DE L'HÉROÏNE SONT SOIT DES CHEFS DES SOIT-DISANT "ARMÉES RÉVOLUTIONNAIRES" DE LA RÉGION, SOIT DES GENS QUI EN SONT MEMBRES. LES PRINCIPAUX GROUPES INSURGÉS COMPRENNENT L'ARMÉE DU SHAN UNI ET LE PARTI COMMUNISTE BIRMAN. LA PLUPART DE CES ARMÉES AFFIRMENT QU'ELLES



COMBATTENT POUR LA SÉPARATION DES ETATS BIRMANS DU SHAN ET DU KACHIN ET QU'ELLES NE SONT MÊLÉES AU COMMERCE DES STUPÉFIANTS QUE POUR FINANCER LEUR CAUSE POLITIQUE. LEUR BUT PREMIER EST DONC DE PROTÉGER LE COMMERCE DES STUPÉFIANTS QUI S'EXERCE DANS LES RÉGIONS QU'ELLES CONTRÔLENT. DANS CES RÉGIONS OÙ SE CÔTOIENT DES INTÉRÊTS BIRMANS, CHINOIS, THAÏLANDAIS ET, DE PLUS EN PLUS, DES INTÉRÊTS VIETNAMIENS, NOS RENSEIGNEMENTS INDICENT QU'UNE SOLUTION, MÊME À LONG TERME, AU COMMERCE DE LA DROGUE EST TOUT À FAIT IMPROBABLE.

EN SECOND LIEU, IL Y A LA RÉGION DU SUD-OUEST ASIATIQUE QUI COMPREND L'IRAN, L'AFGHANISTAN ET LE PAKISTAN ET QU'ON APPELLE LE CROISSANT D'OR. VERS LA FIN DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE, CETTE RÉGION EST DEVENUE L'UN DES PLUS IMPORTANTS FOURNISSEURS DU MARCHÉ ILLICITE MONDIAL DE L'HÉROÏNE. ELLE EST MAINTENANT LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT SECONDAIRE DU CANADA. UNE SITUATION POLITIQUE TRÈS INSTABLE ET UN MANQUE DE CONTRÔLE DE LA PART DU GOUVERNEMENT CENTRAL DANS LES RÉGIONS IMPORTANTES DE CULTURE ET DE TRANSIT POSENT DE GRAVES OBSTACLES AU CONTRÔLE DU COMMERCE DES STUPÉFIANTS DANS CETTE RÉGION. AVANT DE PÉNÉTRER SUR LE MARCHÉ CANADIEN, LES OPIACÉS PROVENANT DE CETTE RÉGION TRANSITENT DANS DES PAYS EUROPÉENS.

LE MEXIQUE NE CONSTITUE ENCORE QU'UNE SOURCE NÉGLIGEABLE D'HÉROÏNE POUR LE MARCHÉ CANADIEN, MAIS EST DEMEURÉ LE DEUXIÈME PLUS IMPORTANT FOURNISSEUR DE CET OPIACÉ POUR LES ÉTATS-UNIS. L'APPARITION RÉCENTE AU CANADA DE "BLACK TAR", UNE FORME BRUTE D'HÉROÏNE DE PURETÉ ÉLEVÉE PROVENANT DU MEXIQUE EST PEUT-ÊTRE UNE INDICATION D'UNE PERCÉE PROCHAINE PAR LES TRAFIQUANTS MEXICAINS SUR LE MARCHÉ ILLICITE DE NOTRE PAYS.

LA COCAÏNE EST UNE DROGUE EXTRAITE DU COCAÏER QUE L'ON RETROUVE EN AMÉRIQUE DU SUD DANS CERTAINES RÉGIONS DES ANDES. LES PRINCIPAUX PAYS OÙ EST CULTIVÉ LE COCAÏER, SONT LA BOLIVIE, LE PÉROU ET LA COLOMBIE. LES CONDITIONS CLIMATIQUES SONT IDÉALES : ALTITUDE, HUMIDITÉ ET CHALEUR. CONTRAIREMENT AU PAVOT, DONT LA CAPSULE EST LA PARTIE LA PLUS IMPORTANTE, CE SONT LES FEUILLES DU COCAÏER QUI DONNENT LA COCAÏNE. LES FEUILLES SONT CUEILLIES À LA MAIN DE LA MÊME FAÇON QUE LE THÉ. ELLES SONT RÉCOLTÉES 2 À 6 FOIS PAR ANNÉE. AUX FINS DU TRAFIC, LES FEUILLES DU COCAÏER DOIVENT SUBIR DEUX TRANSFORMATIONS CHIMIQUES. EN PREMIER LIEU, ELLES SONT TRANSFORMÉES EN PÂTE DE COCAÏNE ET ENSUITE EN SULFATE DE COCAÏNE OU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE, CE QUE NOUS APPELONS COCAÏNE. C'EST SOUS CETTE FORME QU'ELLE FAIT SON APPARITION SUR LE MARCHÉ ILLICITE CANADIEN.

LES INDIENS DES ANDES MÂCHENT LES FEUILLES DE COCA DEPUIS DES MILLIERS D'ANNÉES. CEPENDANT, LA RÉCENTE DEMANDE NORD-AMÉRICAINE ET EUROPÉENNE A FAIT QUE LA CULTURE DU COCAÏER EST DEVENUE UNE SOURCE IMPORTANTE DE REVENUS POUR LES PÉRUVIENS ET LES BOLIVIENS QUI VIVAIENT AUPARAVANT DANS LA PAUVRETÉ. DES TONNES DE FEUILLES SONT TRANSFORMÉES DANS LES LABORATOIRES ILLICITES DE CES RÉGIONS. CETTE ACTIVITÉ RAPPORTERAIT AUX TRAFIQUANTS PLUSIEURS MILLIARDS DE DOLLARS ANNUELLEMENT. UNE PARTIE DE CE REVENU ILLÉGAL EST UTILISÉE PAR LES TRAFIQUANTS DE COCAÏNE POUR SOUDOYER DES FONCTIONNAIRES GOUVERNEMENTAUX. CES SERVICES INCLUENT GÉNÉRALEMENT LA PROTECTION ET L'IMMUNITÉ CONTRE TOUTE POURSUITE JUDICIAIRE.

BIEN QUE LE TRAFIC DE LA DROGUE EN AMÉRIQUE DU SUD SOIT PRINCIPALEMENT CONTRÔLÉ PAR DES ORGANISATIONS FAMILIALES CRIMINELLES, CERTAINS INCIDENTS ONT PERMIS DE RELIER DES TRAFIQUANTS DE DROGUES À DES INSURGÉS POLITIQUES. EN COLOMBIE, DES GUÉRILLAS

ONT REÇU DE L'ARGENT ET DES ARMES, EN RETOUR DE LEUR PROTECTION DANS LES RÉGIONS RURALES. LES FORCES ARMÉES RÉVOLUTIONNAIRES DE COLOMBIE (FARC) SONT CONSIDÉRÉES COMME LE GROUPE D'INSURGÉS LE PLUS ACTIF. LES FARC SONT LE GROUPE SUBVERSIF COLOMBIEN LE PLUS IMPORTANT, LE PLUS ANCIEN, LE MIEUX ENTRAÎNÉ ET LE MIEUX ÉQUIPÉ. LE GOUVERNEMENT DE LA COLOMBIE EST TRÈS INQUIET AU SUJET DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA GUÉRILLA ET LES TRAFIQUANTS, AINSI QUE DE LA VIOLENCE RELATIVE À LA DROGUE, EN PARTICULIER DEPUIS L'ASSASSINAT DU MINISTRE DE LA JUSTICE, RODRIGO LARA BONILLA, EN AVRIL 1984 ET LA PRISE D'ASSAUT DU PALAIS DE JUSTICE EN 1985. CE DERNIER INCIDENT AURAIT, EN PARTIE, ÉTÉ MOTIVÉ PAR LE DÉSIR DE DÉTRUIRE DES DOSSIERS CONCERNANT DES AFFAIRES D'EXTRADITION RELATIVES À LA DROGUE. TOUT RÉCEMMENT, DES HAUTS FONCTIONNAIRES POLICIERS ET POLITIQUES QUI AVAIENT PRIS UNE POSITION TRÈS ÉNERGIQUE CONTRE LE TRAFIC DES DROGUES, ONT ÉTÉ ASSASSINÉS.

MÊME SI LES DÉRIVÉS DE CANNABIS (MARIHUANA, HASCHICH SOLIDE ET LIQUIDE) NE FIGURENT QUE DANS LA DERNIÈRE PARTIE DE MA PRÉSENTATION, ILS REPRÉSENTENT UN PROBLÈME DE RÉPRESSION AUSSI IMPORTANT QUE CELUI DES AUTRES DROGUES ILLICITES. EN FAIT, LES DÉRIVÉS DE CANNABIS SONT LES DROGUES LES PLUS POPULAIRES AU CANADA.

LE CANNABIS EST CULTIVÉ PRESQUE PARTOUT AU MONDE. DES ORGANISATIONS CRIMINELLES EN EXPÉDIENT DES QUANTITÉS ÉNORMES DEPUIS L'AMÉRIQUE CENTRALE ET DU SUD AINSI QUE DEPUIS L'ASIE ET LE MOYEN-ORIENT. POUR ILLUSTRER CE FAIT, SIGNALONS QUE DEUX SAISIES DE PLUSIEURS TONNES DE HASCHICH SONT SURVENUES RÉCEMMENT SUR LA CÔTE EST DU CANADA. DANS LA PREMIÈRE AFFAIRE, ON EN A SAISI 14 TONNES ET DANS LA SECONDE, 16,5 TONNES. LA VALEUR TOTALE DE CETTE MARCHANDISE AU DÉTAIL S'ÉLÈVERAIT À PLUS DE 150 MILLIONS DE DOLLARS.



## II. SITUATION AU CANADA

VANCOUVER, TORONTO ET MONTRÉAL CONSTITUENT TOUJOURS LES PRINCIPAUX CENTRES DE DISTRIBUTION POUR CE QUI EST DU MARCHÉ CANADIEN DES STUPÉFIANTS. TOUTEFOIS, LA DISTRIBUTION SE FAIT ÉGALEMENT DANS DES VILLES CANADIENNES MOINS GRANDES. LA PURETÉ DE L'HÉROÏNE VENDUE SUR LE MARCHÉ CANADIEN VARIE CONSIDÉRABLEMENT D'UNE RÉGION À L'AUTRE. DANS LE DISTRICT CONTINENTAL SUD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE OÙ L'ON RETROUVE LE PLUS D'HÉROÏNOMANES AU CANADA, LE NIVEAU DE PURETÉ SE MAINTENAIT AU PLUS BAS PAR RAPPORT AUX AUTRES CENTRES IMPORTANTS DE DISTRIBUTION AU PAYS. EN 1985, IL OSCILLAIT ENTRE 5 ET 11 %. CES NIVEAUX DE CONCENTRATION SE RETROUVAIENT ÉGALEMENT DANS LA RÉGION DES PRAIRIES, MAIS, EN ONTARIO, LE DEGRÉ DE PURETÉ COMMENÇAIT À S'ÉLEVER. DANS LE TORONTO MÉTROPOLITAIN, QUI COMPTE LE PLUS GRAND NOMBRE D'HÉROÏNOMANES EN ONTARIO, ON SIGNALAIT RÉGULIÈREMENT DES NIVEAUX DE PURETÉ DE 20 À 25 % POUR LES STUPÉFIANTS VENDUS AU DÉTAIL. UNE SITUATION COMPARABLE EXISTE AU QUÉBEC. À MONTRÉAL, LES NIVEAUX COMMENÇAIENT À 30 % ET POUVAIENT ATTEINDRE 50 %. LE NOMBRE ET L'IMPORTANCE DES SAISIES EFFECTUÉES AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, AINSI QUE LE PRIX ASSEZ STABLE DE L'HÉROÏNE MALGRÉ SA MEILLEURE QUALITÉ, INDIQUENT CLAIREMENT QUE L'OFFRE DE CE STUPÉFIFIANT EST À LA HAUSSE AU CANADA.

EN GÉNÉRAL, AU CANADA, LES HÉROÏNOMANES SONT DES HOMMES EN CHÔMAGE, ÂGÉS DE 25 À 50 ANS. ILS SONT SOUVENT IMPLIQUÉS DANS D'AUTRES ACTIVITÉS CRIMINELLES TELLES QUE LE VOL À L'ÉTALAGE, LE CAMBRIOLAGE, LES VOLS À MAIN ARMÉE ET PAR AGRESSION, ET FONT PRESQUE TOUS LE TRAFIC DE STUPÉFIANTS POUR SUBVENIR À LEURS PROPRES BESOINS DE TOXICONAMES. ILS VOYAGENT DANS D'AUTRES PAYS POUR ORGANISER L'IMPORTATION D'HÉROÏNE OU, ENCORE, ILS SERVENT DE PASSEURS EUX-MÊMES. IL Y AURAIT QUELQUE 2 000 HÉROÏNOMANES EN

ALBERTA; À MONTRÉAL SEULEMENT, ON EN COMPTE AU MOINS 4 000. LE NOMBRE D'HÉROÏNOMANES SEMBLE AUGMENTER DANS LE SUD DE L'ONTARIO; ON L'ÉVALUE À PLUS DE 5 000 DONT 2 000 DANS LA RÉGION DE TORONTO. ON CROIT QUE LA PLUS FORTE CONCENTRATION D'HÉROÏNOMANES SE TROUVE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE; PLUS DE 6 000 TOXICOMANES CONNUS HABITENT DANS CETTE PROVINCE, MAIS ON ESTIME QU'EN RÉALITÉ CE NOMBRE POURRAIT ATTEINDRE 10 000. LES RENSEIGNEMENTS DISPONIBLES SEMBLANT INDiquer QUE LA TOXICOMANIE EST À LA HAUSSE AU CANADA.

LA PURETÉ ÉLEVÉE ET L'OFFRE CROISSANTE DE LA COCAÏNE EN CONFIRMENT L'ABONDANCE AU CANADA. IL Y A UNE OFFRE ABONDANTE SURTOUT DANS LES PRINCIPAUX CENTRES MÉTROPOLITAINS, ET CROISSANTE DANS LES VILLES MOINS IMPORTANTES ET PLUS ÉLOIGNÉES. DANS LA PLUPART DES RÉGIONS DU PAYS, LA COCAÏNE SE VENDAIT AU GRAMME, ET DE PLUS EN PLUS, À L'ONCE. ON POUVAIT ORDINAIREMENT S'EN PROCURER À LA LIVRE ET AU KILOGRAMME DANS LES GRANDE VILLES COMME VANCOUVER, TORONTO ET MONTRÉAL, OÙ LES PRIX SONT LES PLUS BAS. LA PURETÉ DE LA COCAÏNE VENDUE AU DÉTAIL ATTEIGNAIT FRÉQUEMMENT PLUS DE 50 %, ET EN VRAC, 90 %. LES PRIX STABLES ET LA PURETÉ ÉLEVÉE DE LA COCAÏNE PROUVENT QUE LES TRAFIQUANTS ONT RÉUSSI À FAIRE ENTRER EN CONTREBANDE DE GRANDES QUANTITÉS DE CETTE DROGUE AU CANADA DE FAÇON RÉGULIÈRE AFIN DE RÉPONDRE À LA DEMANDE ACCRUE. MONTRÉAL EST DEMEURÉ LE PRINCIPAL CENTRE DE DISTRIBUTION AU CANADA SI ON EN JUGE PAR LES PRIX DE GROS LES MOINS ÉLEVÉS AU PAYS. DES ENQUÊTES ONT RÉVÉLÉ QUE DES TRAFIQUANTS DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE DE L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE SE RENDENT AU QUÉBEC POUR S'APPROVISIONNER.

LA FAÇON LA PLUS COURANTE DE CONSOMMER LA COCAÏNE EST DE LA RENIFLER OU DE LA PRISER. LA PRATIQUE DU "FREEBASING" DEVIENT DE PLUS EN PLUS POPULAIRE, TANDIS QUE L'INJECTION INTRAVEINEUSE N'EST PAS COURANTE AU CANADA. LA PRATIQUE DE FUMER DU BAZUCO

(CIGARETTE DE TABAC MÉLANGÉ À DE LA COCAÏNE OU DE LA MARIHUANA) GAGNE DE LA POPULARITÉ DANS CERTAINES RÉGIONS DE L'OUEST DU CANADA. DES TRAFIQUANTS SUD-AMÉRICAINS S'Y ADONNENT DANS LES PROVINCES CENTRALES DU CANADA. LES TOXICOMANES ONT ENCORE RECOURS À UN MÉLANGE DE COCAÏNE ET D'HÉROÏNE ("SPEEDBALL" OU "SPEEDBOMB") POUR COMBATTRE LA DÉPRESSION QUI SUIT LA CONSOMMATION DE COCAÏNE. ON A RAPPORTÉ QUELQUES CAS D'ABUS DE COCAÏNE "CRACK" AU CANADA EN 1986, LAQUELLE A ATTEINT DES PROPORTIONS ÉPIDÉMIQUES AUX ÉTATS-UNIS. "CRACK" ET "ROCK" SONT LES NOMS UTILISÉS DANS LA RUE POUR UN TYPE DE COCAÏNE PLUS PURIFIÉE (FREE-BASE) QUE FUMENT LES TOXICOMANES. ON FABRIQUE LA COCAÏNE "CRACK" EN TRANSFORMANT DU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE EN COCAÏNE BASE AU MOYEN DE BICARBONATE DE SOUDE ET D'EAU AU LIEU DES PRODUITS CHIMIQUES VOLATILS UTILISÉS AUPARAVANT AU COURS DU PROCESSUS DE FABRICATION DU FREEBASING. CE GENRE DE COCAÏNE SE VEND EN PETITS MORCEAUX RUGUEUX BLANCS, GRIS OU BEIGES. LE PERSONNEL DE LA LUTTE ANTIDROGUE AU CANADA RAPPORTE QUE LES COCAÏNOMANES SONT SURTOUT DES HOMMES ÂGÉS DE 20 À 40 ANS. LA CONSOMMATION DE LA COCAÏNE N'EST TOUTEFOIS PLUS LIMITÉE À DES ADULTES DE GROUPES PROFESSIONNELS OU D'UN NIVEAU SOCIOÉCONOMIQUE ÉLEVÉ; DES PERSONNES DE TOUTES LES COUCHES SOCIALES EN CONSOMMENT MAINTENANT, BIEN QUE SON COÛT ÉLEVÉ CONSTITUE PROBABLEMENT ENCORE UN EMPÊCHEMENT MAJEUR POUR CE QUI EST DES JEUNES ADULTES. SELON LES RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE QUI A ÉTÉ EFFECTUÉE PAR LA FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE DE L'ONTARIO (F.R.T.O.) ET D'UN SONDAGE EFFECTUÉ AUX É.-U. PAR LE NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA), DE PLUS EN PLUS D'ADOLESCENTS NORD-AMÉRICAINS S'ADONNENT À LA COCAÏNE.

LES BANDES DE MOTARDS CONSTITUENT LA PLUS GRANDE MENACE CRIMINOGENE AU PAYS. ELLES SONT IMPLIQUÉES DANS PRESQUE TOUT GENRE D'ACTIVITÉS CRIMINELLES ALLANT DU MEURTRE À LA CRIMINALITÉ EN COL BLANC. LES MOTARDS INVESTISSENT LEURS PROFITS ILLICITES



DANS DES ENTREPRISES LÉGITIMES. LA STRUCTURE DE CES GROUPES SE PRÊTE BIEN À LA DISTRIBUTION DES DROGUES AU CANADA. EN EFFET, LES BANDES SONT SITUÉES À DES ENDROITS STRATÉGIQUES : À VANCOUVER (C.-B.) ET DANS DES VILLES FRONTALIÈRES AU QUÉBEC ET EN ONTARIO. LES BANDES LES PLUS IMPORTANTES SERAIENT LES PRINCIPAUX DISTRIBUTEURS DE MÉTHAMPHÉTAMINE ET ELLES SEMBLENT ACCROÎTRE LEUR PART DU MARCHÉ DE LA COCAÏNE ET DU CANNABIS. LEUR RÔLE DANS LE TRAFIC DES DROGUES NE SE LIMITE PAS À LA DISTRIBUTION, IL S'ÉTEND DE PLUS EN PLUS AU FINANCEMENT ET À LA FABRICATION DE DROGUES CHIMIQUES DANS PRESQUE TOUTES LES RÉGIONS DU PAYS.

GRÂCE AUX TECHNIQUES DE POINTE, IL EST POSSIBLE DE FABRIQUER À PEU DE FRAIS DES DROGUES CHIMIQUES. AVEC DE FAIBLES QUANTITÉS DE PRÉCURSEURS PEU COÛTEUX, ON PEUT PRODUIRE DE FORTES QUANTITÉS DE SUBSTANCES DANGEREUSES ET CE, PARFOIS SANS COURIR TELLEMENT DE RISQUES DE DÉTECTION. LA FABRICATION DE CERTAINES DE CES SUBSTANCES CHIMIQUES APPELÉES AUSSI DROGUES "DESIGNER" EST UN DES PRINCIPAUX OBSTACLES À LA LUTTE ANTIDROGUE. CERTAINS CHIMISTES TENTENT DE MODIFIER LA FORMULE D'UNE DROGUE MÈRE CONTRÔLÉE AFIN D'ÉVITER LES POURSUITES. ILS MODIFIENT LA DROGUE SOUCHE AFIN D'OBTENIR DES PRODUITS DONT LES PROPRIÉTÉS SONT ESSENTIELLEMENT LES MÊMES, MAIS QUI NE SONT PAS VISÉS PAR LA LOI ÉTANT DONNÉ LEUR STRUCTURE DIFFÉRENTE. LES SUCCÉDANÉS DE L'HÉROÏNE, NOTAMMENT LE FENTANYL, PEUVENT DONNER DES ANALOGUES PUISSANTS. LE FENTANYL EST UN NARCOTIQUE ANALGÉSIQUE QUI DONNE UN EFFET BREF ET QUI A UN INDEX THÉRAPEUTIQUE ÉLEVÉ. IL EST TOUTEFOIS TOXICOMAGÈNE ET, EN SURDOSE, IL DONNE LA MORT PAR DÉPRESSION RESPIRATOIRE. ON A RELEVÉ JUSQU'À PRÉSENT AUX ÉTATS-UNIS HUIT ANALOGUES DU FENTANYL. LES ANALOGUES ONT UN EFFET SEMBLABLE À L'HÉROÏNE MAIS JUSQU'À MILLE FOIS SUPÉRIEUR, OCCASIONNANT AINSI DE TRÈS GRANDS RISQUES DE SURDOSES. LA RÉPRESSION TOUCHANT LE FENTANYL ET SES ANALOGUES S'ACHOPPE À PLUSIEURS PROBLÈMES, DONT L'ABSENCE DE MOYENS POUR DÉCELER CE PRODUIT. PUISQU'IL S'AGIT D'UN SYNTHÉ-

TIQUE QUI N'EST PAS À BASE D'OPIUM, LES TRAFIQUANTS N'ONT PAS À COURIR LE RISQUE D'IMPORTER DES OPIACÉS. MÊME SI LES DONNÉES DE LA G.R.C. NE MENTIONNENT AUCUN CAS DE SAISIE D'ANALOGUES, ON CROIT QUE CES PRODUITS SERONT ÉVIDENTS SUR LE MARCHÉ CANADIEN SOUS PEU.

LES DÉRIVÉS DE CANNABIS DEMEURENT LES DROGUES ILLICITES LES PLUS POPULAIRES ET LES PLUS ABONDANTES AU CANADA. LE NOMBRE DE CONSOMMATEURS DE CES PRODUITS AUSSI BIEN CANADIENS QU'ÉTRANGERS SEMBLE S'ÊTRE STABILISÉ. LES VARIÉTÉS À FORTE TENEUR EN TÉTRAHYDROCANNABINOL (THC), TELLES QUE LES BÂTONNETS THAÏLANDAIS, LA SINSEMILLA ET LA "MEXICAN RED HAIR", SONT TRÈS POPULAIRES AU PAYS. LA CONSOMMATION DE HASCHICH SOLIDE ET LIQUIDE EST UNE PRATIQUE COURANTE PRINCIPALEMENT DANS LE CENTRE ET L'EST DU CANADA. LA CULTURE DU CANNABIS SE PRATIQUE PARTOUT AU PAYS, MAIS SE CONCENTRE SURTOUT EN COLOMBIE-BRITANNIQUE. LA CULTURE EN SERRES ET PAR MÉTHODE HYDROPONIQUE PERMET D'OBTENIR DES PLANTES DE MARIHUANA À TENEUR ÉLEVÉE EN THC, D'EXERCER UN MEILLEUR CONTRÔLE DES RÉCOLTES ET DE PROTÉGER LES PLANTES DES CONDITIONS CLIMATIQUES ADVERSES.

LA CÔTE DE L'ATLANTIQUE VA DEMEURER UNE PORTE D'ENTRÉE DE L'AMÉRIQUE DU NORD POUR DES ENVOIS DE MARIHUANA PROVENANT DE TRAFIQUANTS ÉTABLIS EN COLOMBIE ET DES CARGAISONS DE HASCHICH EXPÉDIÉES DEPUIS L'EUROPE ET L'AFRIQUE. PAR AILLEURS, LA CÔTE DU PACIFIQUE AU CANADA VA PROBABLEMENT CONTINUER À ÊTRE LA DESTINATION D'OPÉRATIONS DE NAVIRES RAVITAILLEURS MONTÉES PAR DES GROUPES CRIMINELS INSTALLÉS EN COLOMBIE, AU MEXIQUE ET EN THAÏLANDE.

### III. TENDANCES DU TRAFIC NATIONAL ET INTERNATIONAL

ÉTANT DONNÉ LES CONDITIONS POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES COURANTES DANS LES PAYS SOURCES PRINCIPAUX, ON PRÉVOIT LES TENDANCES SUIVANTES AU COURS DES PROCHAINES ANNÉES.

- EN RAISON DE LA HAUSSE DU NOMBRE DE SAISIES D'HÉROÏNE MEXICAINE DU TYPE "BLACK TAR" AUX ÉTATS-UNIS, SURTOUT DANS LES ÉTATS FRONTALIERS DU NORD, ON S'ATTEND À CE QUE CE STUPÉFIANTE S'INFILTRE SUR LE MARCHÉ ILLICITE CANADIEN. L'ABONDANCE DE CETTE DROGUE, SA GRANDE PURETÉ ET SON PRIX ABORDABLE EN FERONT VRAISEMBLABLEMENT UNE DROGUE POPULAIRE AU CANADA, ET LES ACCIDENTS ET LES DÉCÈS DUS À L'HÉROÏNE AUGMENTERONT PROPORTIONNELLEMENT. LE MEXIQUE POURRAIT DEVENIR UNE SOURCE SECONDAIRE D'HÉROÏNE SI LES APPROVISIONNEMENTS DE STUPÉFIANTE DE L'ASIE DU SUD-EST ET DU SUD-OUEST SUBISSAIENT DES CHANGEMENTS IMPORTANTS.
- ON PRÉVOIT QUE L'ASIE DU SUD-EST CONSERVERA LA PLUS GRANDE PART DU MARCHÉ ILLICITE D'HÉROÏNE AU CANADA. L'ASIE DU SUD-OUEST POURRAIT TOUTEFOIS ACCROÎTRE SA PART DU MARCHÉ EN RAISON DE LA PROLIFÉRATION, EN EUROPE ET AU MOYEN-ORIENT, DES LABORATOIRES CLANDESTINS OÙ EST TRANSFORMÉE L'HÉROÏNE BASE EN PROVENANCE DE L'ASIE DU SUD-OUEST. LES TROUBLES POLITIQUES QUE CONNAISSENT LES PAYS PRODUCTEURS D'OPIUM ONT AUSSI ENTRAÎNÉ UNE HAUSSE DES QUANTITÉS D'HÉROÏNE INTRODUITES EN OCCIDENT. S'IL Y A UN AFFLUX D'HÉROÏNE DU SUD-OUEST ASIATIQUE AU CANADA, ELLE ARRIVERA PROBABLEMENT DANS L'EST DU PAYS, PLUS PARTICULIÈREMENT À MONTRÉAL OU TORONTO.
- ON PRÉVOIT QUE, D'ICI 1988, LES TRAFIQUANTS TAMOULS DU SRI LANKA ET CEUX DU NIGÉRIA PARTICIPERONT DE PLUS EN PLUS AU TRANSPORT DE L'HÉROÏNE DE L'ASIE DU SUD-OUEST EN EUROPE, AU CANADA ET AUX ÉTATS-UNIS.
- ON CONTINUERA À PRODUIRE DE L'OPIUM ET DE L'HÉROÏNE DE GRANDE QUALITÉ DANS LA RÉGION DE LA BEKAA, AU LIBAN, CONTRÔLÉE EN GRANDE PARTIE PAR LES SYRIENS. DE NOUVEAUX LABORATOIRES CLANDESTINS SERONT ÉTABLIS EN SYRIE, SURTOUT DANS LA RÉGION



D'ALEP. DE L'HÉROÏNE DESTINÉE À L'EUROPE ET À L'AMÉRIQUE DU NORD Y SERA RAFFINÉE À PARTIR DE MORPHINE BASE ET D'HÉROÏNE BASE PRODUITES AU LIBAN ET DANS LA RÉGION DU CROISSANT D'OR (PAKISTAN, AFGHANISTAN ET IRAN).

- L'ABONDANCE DE LA COCAÏNE PARTOUT AU CANADA DEVRAIT PERSISTER JUSQU'AUX ANNÉES 90, À MOINS QUE LES MESURES ANTIDROGUE PRISES EN AMÉRIQUE DU SUD NE BOULEVERSENT LE CYCLE DE TRANSFORMATION DU COCA EN COCAÏNE ET NE RÉDUISENT AINSI LE TRAFIC INTERNATIONAL, OU À MOINS QUE LA DEMANDE NE DIMINUE.
- LES MESURES ANTIDROGUE PRISES EN AMÉRIQUE DU SUD AURONT POUR EFFET DE FORCER LES TRAFIQUANTS À QUITTER LES RÉGIONS HABITUELLES ET À S'ÉTABLIR DANS LES PAYS VOISINS ET D'OUTRE-MER. PAR CONSÉQUENT, LE NOMBRE DE LABORATOIRES CLANDESTINS AU CANADA POURRAIT AUGMENTER, SURTOUT DANS LES GRANDS CENTRES.
- ON S'ATTEND À CE QUE LA CONSOMMATION DES PUISSANTS DÉRIVÉS DE LA COCAÏNE ET SON UTILISATION AVEC D'AUTRES SUBSTANCES SE RÉPANDENT DE PLUS EN PLUS. LE CAS ÉCHÉANT, LES PROBLÈMES SOCIAUX ET DE SANTÉ QUI S'Y RATTACHENT AUGMENTERONT AU CANADA.
- LES BANDES DE MOTARDS HORS-LA-LOI RESTERONT UNE GRANDE MENACE AU CHAPITRE DU CRIME ORGANISÉ, SURTOUT EN RAISON DE LEUR PARTICIPATION AU TRAFIC DES DROGUES ILLICITES. ELLES S'OCCUPERONT DU FINANCEMENT, DE LA FABRICATION ET DE LA DISTRIBUTION DES DROGUES CHIMIQUES PARTOUT AU CANADA. ON PRÉVOIT AUSSI QUE CES ORGANISATIONS CRIMINELLES DIVERSIFIERONT LEURS OPÉRATIONS AU MOYEN DE TECHNIQUES PERFECTIONNÉES DE BLANCHISSAGE DE FONDS, ET QU'ELLES ÉTENDRONT LEURS ACTIVITÉS À D'AUTRES CATÉGORIES DE DROGUES.

- LES LABORATOIRES QUI FABRIQUENT CERTAINES DROGUES CHIMIQUES CONSTITUENT UN GRAVE DANGER POUR L'ENVIRONNEMENT, LE PUBLIC ET LES POLICIERS ANTIDROGUE, PUISQUE LA SYNTHÈSE DE CES PRODUITS ENTRAÎNE LA PRODUCTION DE SUBSTANCES RELIÉES À LA MALADIE DE PARKINSON. EN RAISON DE LA TOXICITÉ DE CES DROGUES ET DES NOUVELLES SUBSTANCES SYNTHÉTIQUES, LE PERSONNEL ANTIDROGUE DEVRA METTRE AU POINT DE NOUVELLES TECHNIQUES ET MÉTHODES POUR LE DÉMANTÈLEMENT DES LABORATOIRES CLANDESTINS.
- DES GROUPES DE CRIMINELS ÉTRANGERS, EN PARTICULIER DE L'ASIE DU SUD-EST ET DE LA COLOMBIE, AINSI QUE DU PAKISTAN, DE L'INDE ET DU LIBAN, VONT CONTINUER À TENTER DE SE TAILLER UNE PART DU MARCHÉ CANADIEN DES DROGUES ILLICITES.

#### IV. IMPLICATION DU CRIME ORGANISÉ

COMME JE L'AI MENTIONNÉ PRÉCÉDEMMENT, LE TRAFIC DES DROGUES EST IMPUTABLE PRINCIPALEMENT AUX GROUPES DU CRIME ORGANISÉ QUI N'AGISSENT QUE DANS LE BUT DE GAGNER DE L'ARGENT ET DE JOUIR DU POUVOIR QU'IL PROCURE. LES RECETTES PRESQUE ILLIMITÉES QUE RAPPORTE CET ACTIVITÉ, SONT ACHEMINÉES VERS LES ÉCHELONS SUPÉRIEURS DE CES RÉSEAUX INTERNATIONAUX. CES GROUPES SE SERVENT DES FONDS RECUEILLIS POUR PERPÉTUER LA DISTRIBUTION DES DROGUES ILLICITES ET CE, EN FAISANT FI DES FRONTIÈRES NATIONALES, DES SYSTÈMES DE TAXATION OU D'AUTRES RÈGLEMENTS APPLICABLES AUX COMMERCE LÉGITIMES.

LES NARCODOLLARS PERMETTENT AUX TRAFIQUANTS DE S'APPROPRIER LE POUVOIR NÉCESSAIRE POUR SE LIVRER À LEURS MÉFAITS SANS ENTRAVE, C'EST-À-DIRE DE VERSER DES POTS-DE-VIN À DES FONCTIONNAIRES POUR POUVOIR OEUVRER IMPUNÉMENT. UNE FOIS BLANCHIS, CES

NARCODOLLARS SONT INVESTIS DANS DES COMMERCEs LÉGITIMES OU QUASI LÉGAUX. CE QUI DONNE UNE FAÇADE DE RESPECTABILITÉ AUX CHEFS DE CES GROUPES.

CEUX QUI FINANCENT CES RÉSEAUX, ET LES CHEFS DE CES GROUPES CRIMINELS INTERNATIONAUX COURENT TRÈS PEU DE RISQUES, CAR CERTAINS NE SONT JAMAIS EN CONTACT AVEC LA DROGUE. DANS DE TELLES CIRCONSTANCES, LES RÉSEAUX DE TRAFIQUANTS NE PEUVENT QUE S'ÉPANOUIR ET CONTINUER À SATISFAIRE À LA DEMANDE DE DROGUES.

LE TRAFIC DES DROGUES EST L'ACTIVITÉ CRIMINELLE LA PLUS LUCRATIVE. UNE COMPARAISON DES PRIX AUX NIVEAUX DU CULTIVATEUR ET DU CONSOMMATEUR DÉMONTRE CLAIREMENT L'EXTRÊME RENTABILITÉ DE CE COMMERCE. UN CULTIVATEUR DE PAVOT ILLICITE RECEVRA DE 1 000 À 1 500 \$ POUR 10 KILOGRAMMES D'OPIUM QUI SERONT TRANSFORMÉS EN UN KILO D'HÉROÏNE PURE QUI RAPPORTERA DE 5 000 À 6 000 \$ DANS LA RÉGION DE PRODUCTION. UNE FOIS LIVRÉ AUX PRINCIPAUX CENTRES EUROPÉENS DE DISTRIBUTION, CE MÊME KILO SE VENDRA DE 70 000 À 90 000 \$ EN VRAC. LE PRODUIT FINAL SE PRÉSENTE EN CAPSULES CONTENANT CHACUNE UN TRÈS FAIBLE POURCENTAGE D'HÉROÏNE ET SE VENDANT DE 35 À 50 \$ CHACUNE. AU TOTAL, UN KILOGRAMME D'HÉROÏNE PEUT RAPPORTER JUSQU'À 12 MILLIONS DE DOLLARS.

LE CULTIVATEUR DE PAVOT ILLICITE NE TOUCHE QUE QUELQUES MILLIERS DE DOLLARS POUR SA RÉCOLTE ANNUELLE, TANDIS QUE LES RÉSEAUX DU CRIME ORGANISÉ QUI VEILLENT AU TRAITEMENT, AU TRANSPORT ET À LA VENTE DE L'HÉROÏNE EMPOCHENT DES MILLIARDS DE DOLLARS EXEMPTS D'IMPÔT ANNUELLEMENT.

IL EN VA DE MÊME POUR LA COCAÏNE, CAR IL N'Y A DES DIFFÉRENCES QU'AU NIVEAU DE LA RÉGION GÉOGRAPHIQUE DE CULTURE ET DE LA



NATIONALITÉ DES CRIMINELS IMPLIQUÉS. LE CULTIVATEUR SUD-AMÉRICAIN REÇOIT ENVIRON 500 \$ POUR 250 KILOGRAMMES DE FEUILLES DE COCA QUI, UNE FOIS TRAITÉES, DONNERONT UN KILOGRAMME DE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE. EN AMÉRIQUE DU SUD, CE KILO PEUT SE VENDRE JUSQU'À 14 000 \$, TANDIS QU'EN EUROPE OU EN AMÉRIQUE DU NORD, ON PEUT EN OBTENIR DE 60 000 À 90 000 \$ AU GROS. UNE FOIS COUPÉ ET VENDU AUX USAGERS, CE KILOGRAMME AURA GÉNÉRÉ AU MOINS 500 000 \$. LA PRODUCTION ANNUELLE DE COCAÏNE EN AMÉRIQUE DU SUD S'ÉLÈVE À PLUS DE 100 TONNES.

LA SITUATION EST IDENTIQUE DANS LE CAS DU CANNABIS. D'APRÈS DES RENSEIGNEMENTS, LA SUPERFICIE CONSACRÉE À LA CULTURE DU CANNABIS EN COLOMBIE POURRAIT ATTEINDRE 20 000 HECTARES, CE QUI REPRÉSENTE UNE RÉCOLTE ANNUELLE POSSIBLE DE 25 000 À 50 000 TONNES DE MARIHUANA. LA VALEUR AU GROS D'UNE TELLE QUANTITÉ DE CANNABIS EST DE PLUS DE 2 MILLIARD \$ ET AU DÉTAIL, ELLE SERAIT DE PLUSIEURS CENTAINES DE MILLIARDS DE DOLLARS. DES CENTAINES DE TONNES DE CANNABIS SONT ÉGALEMENT PRODUITES DANS D'AUTRES RÉGIONS DU MONDE ET RAPPORTERAIENT DES PROFITS ANNUELS DE PLUSIEURS MILLIARDS. LES LABORATOIRES CLANDESTINS ET LES MÉDICAMENTS DÉTOURNÉS DE SOURCES LICITES GÉNÉRERAIENT AUSSI DES MILLIARDS DE DOLLARS POUR LES TRAFIQUANTS.

#### V. MESURES POLICIÈRES POUR LUTTER CONTRE LE TRAFIC DES DROGUES

PAR LE PASSÉ, LORSQUE DES SERVICES DE POLICE CANADIENS MENAIENT UNE ENQUÊTE SUR DES CRIMES DE NATURE CONSENSUELLE, TELS QUE LE TRAFIC DE DROGUES, ILS SE PRÉOCCUPAIENT SEULEMENT D'INTERCEPTER LES DROGUES ET D'ARRÊTER LES PERSONNES OU GROUPES DE CRIMINELS RESPONSABLES DE L'ENVOI. CETTE MÉTHODE A PERMIS DE METTRE

AU JOUR, DE DÉMANTELER ET DE POURSUIVRE DE NOMBREUSES ORGANISATIONS CRIMINELLES. LES CORPS POLICIERS ONT MIS EN OEUVRE DIVERSES TECHNIQUES ET MIS À PROFIT DIVERS PROGRÈS TECHNOLOGIQUES DANS LEUR LUTTE ANTIDROGUE. LES MÉTHODES TRADITIONNELLES COMPRENNENT ENTRE AUTRES,

A. LA SURVEILLANCE :

I. PHYSIQUE (FILATURE)

II. TECHNIQUE A. ÉMETTEURS ÉLECTRONIQUES

B. INTERCEPTION DE COMMUNICATIONS

B. LES SOURCES HUMAINES CONFIDENTIELLES :

I. LES CONTACTS

II. LES INFORMATEURS

III. LES AGENTS

C. L'INFILTRATION

MÊME SI CES MÉTHODES ANTIDROGUE TRADITIONNELLES PERMETTAIENT D'ARRÊTER LES TRAFIQUANTS AUX ÉCHELONS SUPÉRIEURS ET DE SAISIR DES ENVOIS IMPORTANTS DE DROGUES, LES FORTUNES DE CES INDIVIDUS OU DE CES ORGANISATIONS DEMEURAIENT INTACTES ET FLORISSAIENT PENDANT LA PÉRIODE D'INCARCÉRATION. PUISQUE LES PEINES D'EMPRISONNEMENT SONT DE PLUS EN PLUS COURTES, LES TRAFIQUANTS REVIENNENT SUR LA SCÈNE APRÈS SEULEMENT CINQ À SEPT ANS DE PRISON, ET REPRENnent LEURS ACTIVITÉS D'AUPARAVANT COMME SI RIEN NE S'ÉTAIT PRODUIT. DE PLUS, IL Y A DE FORTES CHANCES QUE LEURS ACTIFS SE SOIENT ACCRUS PENDANT LEUR SÉJOUR À L'OMBRE.

MAINTENANT, LES POLICIERS MÈNENT AUSSI DES ENQUÊTES FINANCIÈRES AFIN DE RETRACER, DE GELER, DE SAISIR ET DE CONFISQUER LES PRODUITS DU CRIME AFIN D'EN ENLEVER TOUT ATTRAIT LUCRATIF. CETTE

NOUVELLE STRATÉGIE DONNE LIEU À UN PROGRAMME D'APPLICATION DES LOIS PLUS EFFICACE.

LORSQU'ON PRÉSENTE DES PREUVES D'ORDRE FINANCIER AFIN DE POURSUIVRE DES MEMBRES D'ORGANISATIONS DE TRAFIC DE DROGUES, LES TRIBUNAUX SONT EN MESURE D'ÉTABLIR LES PRATIQUES ILLÉGALES DE CES DERNIERS. DE TELLES PREUVES DÉMONTRENT QUE L'INDIVIDU COMPTAIT VIVRE UNIQUEMENT DES PROFITS DE SES ACTIVITÉS DE TRAFIC. EN PROCÉDANT AINSI, IL EST PLUS FACILE DE JUSTIFIER L'IMPOSITION DE PEINES PLUS SÉVÈRES.

EN PRÉSENTANT DES PREUVES SUR L'ÉTENDUE DES BIENS OBTENUS PAR LE BIAIS DU TRAFIC, LE JUGE PEUT SE FAIRE UNE IDÉE JUSTE DE L'ACCUSÉ. LES TRIBUNAUX CANADIENS ACCEPTENT DES PREUVES TELLES QUE DE L'ARGENT MARQUÉ, UNE ASSOCIATION AVEC DES TRAFIQUANTS DE DROGUES, DU MATÉRIEL RELIÉ À LA DROGUE ET L'UTILISATION DE COFFRETS DE SÉCURITÉ, AFIN DE POUVOIR CONCLURE DE FAÇON INDIRECTE QUE LES SOMMES SAISIES PROVIENNENT DES PRODUITS DU TRAFIC DES DROGUES. IL EST CLAIR QUE LES TRIBUNAUX CANADIENS ONT ADOPTÉ UNE POSITION TRÈS SÉVÈRE ENVERS CEUX QUI ONT EN LEUR POSSESSION DES BIENS ISSUS DE CRIMES RELIÉS AUX DROGUES.

LES TECHNIQUES POLICIÈRES TRADITIONNELLES ET COURANTES DEVRAIENT NOUS PERMETTRE DE POURSUIVRE EFFICACEMENT LES INDIVIDUS ET LES GROUPES CRIMINELS, ET DE LES PRIVER DES BIENS ACCUMULÉS GRÂCE À LEURS CRIMES, ET AINSI DE DÉMANTELER LES ENTREPRISES CRIMINELLES AVANT QU'ELLES NE DEVIENNENT ENCHÂSSER DANS NOTRE SOCIÉTÉ.

## VI. CONCLUSION

EN DERNIER LIEU, JE NE SAURAI TROP INSISTER SUR LA COMPLEXITÉ DU PROBLÈME DE LA DROGUE AU CANADA, ÉTANT DONNÉ LES MULTIPLES ASPECTS QUI S'Y RATTACHENT, ENTRE AUTRES, LA PRODUCTION,



LE TRAFIC ET LA DISTRIBUTION, AINSI QUE L'ABUS DES DROGUES ILLICITES, L'IMPLICATION DU CRIME ORGANISÉ ET LE BLANCHISSAGE DES FONDS ISSUS DE CETTE ACTIVITÉ CRIMINELLE.

PAR CONSÉQUENT, TOUT PAYS QUI DÉSIRE COMBATTRE EFFICACEMENT LE TRAFIC ET L'ABUS DES DROGUES, DOIT AVOIR UNE STRATÉGIE ANTIDROGUE GLOBALE QUI TIENT COMPTE DE TOUS LES ASPECTS INHÉRENTS DE CE PROBLÈME. IL N'Y A PAS DE SOLUTION MIRACLE. CETTE LUTTE REPRÉSENTE UN ENGAGEMENT À LONG TERME. UNE STRATÉGIE COMPLÈTE ET ÉQUILIBRÉE VISANT À RÉDUIRE L'OFFRE ET LA DEMANDE EST LA SOLUTION QUI A LE PLUS DE CHANCES DE SUCCÈS. À COURT TERME, IL FAUT CONTINUER À CONCENTRER NOS EFFORTS SUR LES PROGRAMMES DE RÉPRESSION ET DE RÉDUCTION DE L'OFFRE. CEPENDANT, À LONG TERME, IL FAUT METTRE AU POINT DES PROGRAMMES D'ÉDUCATION ET DE TRAITEMENT VISANT À RÉDUIRE LA DEMANDE DE DROGUES ILLICITES AU CANADA.





If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

On Thursday, December 11, 1986:

*From Carleton University:*

Dr. M. Parkes, Director of Research, Resources Development Research Centre;  
Peter Appleton, Director of Administration, Resources Development Research Centre;  
Dr. A. Sweeny, Research Associate, Resources Development Research Centre.

On Thursday, January 22, 1987:

*From the Royal Canadian Mounted Police:*

Chief Superintendent R.T. Stamler, Director, Drug Enforcement;  
Donald H. Heaton, Assistant Commissioner, Commanding Officer of "F" Division.

## TÉMOINS

Jeudi le 11 décembre 1986:

*De l'Université de Carleton:*

M. M. Parkes, directeur de la recherche, Centre de recherche et du développement des ressources;  
M. Peter Appleton, directeur de l'administration, Centre de recherche et du développement des ressources;  
M. A. Sweeny, associé de recherche, Centre de recherche et du développement des ressources.

Jeudi le 22 janvier 1987:

*De la Gendarmerie Royale du Canada:*

Surintendant principal R.T. Stamler, directeur, Application des drogues;  
Donald H. Heaton, commissaire adjoint, commandant divisionnaire, Division «F».



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 4

Monday, January 26, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 4

Le lundi 26 janvier 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Douglas Frith  
Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

MEMBRES

Douglas Frith  
Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, JANUARY 26, 1987  
(7)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:04 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*Other Member present:* Sheila Copps.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Royal Ottawa Hospital):* Dr. Douglas Tate, Program Coordinator; Dr. Allen Wilson, Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Dr. Douglas Tate made an opening statement and with the other witness answered questions.

At 8:26 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 26 JANVIER 1987  
(7)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 04 dans la pièce 371 de l'Edifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*Autre député présent:* Sheila Copps.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: Du Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Hôpital Royal d'Ottawa):* D<sup>r</sup> Douglas Tate, coordinateur du programme; D<sup>r</sup> Allen Wilson, directeur.

En vertu de l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité entreprend de nouveau l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social concernant l'étude de l'usage abusif des drogues.

Le Docteur Douglas Tate fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

À 20 h 26, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, January 26, 1987

• 1903

**The Chairman:** The Chair sees a quorum of three. The order of the day today is the order of reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

We are pleased to welcome to the committee this evening two gentlemen from the Meadow Creek Addiction Treatment Centre, part of the Royal Ottawa Hospital here in Ottawa, and the persons are Dr. Allen Wilson, who is the director, and Dr. Douglas Tate, program co-ordinator.

I indicated to both of our witnesses before we started the meeting that in response to their questions as to what did we want to have from them, that really the committee had been convinced by evidence brought to our attention by none other than our own Prime Minister and the President of the United States that there was an increasing drug problem in the country with illicit drugs and the committee was persuaded that we should take some time now to look at that problem to see whether we could recommend anything that would be of assistance to the government in our various health care institutions and law enforcement agencies in this regard. So we are planning to have witnesses in from all sectors that deal with illicit drugs one way or another and we are pleased to have you gentlemen here today from a health care institution, I take it. What we are interested in knowing is a bit about what you do in your institution. But also we hope you might be able to see some weaknesses or some blank spaces in the system in which you are connected that need to be improved one way or another so we could recommend some advice to government that might improve one or more aspects of the system.

• 1905

I gather, Dr. Tate, you are going to lead off. Is that correct?

**Dr. Douglas Tate (Program Co-ordinator, Meadow Creek Addiction Treatment Centre):** Yes.

**The Chairman:** Do you have a written presentation?

**Dr. Tate:** No, we do not. We really did not realize until just a few days ago that you might expect that.

**The Chairman:** It is not necessary, because what you say will be recorded and printed. We will listen carefully, and then there will be questions from committee members after you have made your presentations.

**Dr. Tate:** I should say to begin with that we are reporting on people who come to our hospital asking for help with regard to alcohol and drug problems. We are not reporting on the general population, we are reporting on perhaps a biased sample of the general population.

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 26 janvier 1987

**Le président:** Nous avons trois membres du Comité, donc le quorum. Aujourd'hui, nous reprenons l'ordre de renvoi, conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social concernant l'étude de l'abus des drogues.

Nous accueillons ce soir deux représentants du Centre de traitement des toxicomanes de Meadow Creek (*Meadow Creek Addiction Treatment Centre*), qui relève de l'Hôpital Royal d'Ottawa. Nous souhaitons la bienvenue au professeur Allen Wilson, directeur du centre, et au professeur Douglas Tate, coordonnateur des programmes.

Avant la réunion, les témoins m'ont demandé ce que nous attendions d'eux: je leur ai expliqué que notre propre premier ministre et le président des États-Unis avaient convaincu le Comité de l'importance du problème de la drogue au Canada et de l'augmentation de l'utilisation des drogues illicites. Le Comité a donc été convaincu qu'il devrait se pencher sur cette question pour voir s'il ne pouvait pas recommander quoi que ce soit au gouvernement qui pourrait être utile pour nos diverses institutions de soins de santé et pour les organismes d'application de la loi. Nous entendons donc convoquer des témoins qui représentent tous les secteurs de la société touchant de près ou de loin aux drogues illicites; voilà pourquoi nous sommes heureux d'accueillir ce soir des personnes qui oeuvrent dans une institution de soins de santé. Nous voudrions que vous nous expliquiez ce qui se passe dans votre institution. Espérons que vous pourrez également nous montrer où sont les failles dans cette infrastructure à laquelle vous appartenez et comment nous pouvons améliorer le système.

Professeur Tate, c'est vous qui commencez, n'est-ce pas?

**Dr Douglas Tate (coordonnateur des programmes, Centre de traitement des toxicomanes de Meadow Creek):** En effet.

**Le président:** Avez-vous un exposé écrit?

**Dr Tate:** Non. Nous n'avons su que récemment que vous vous entendiez à en recevoir un.

**Le président:** Pas nécessairement, puisque tout ce que vous direz sera enregistré et publié. Nous vous écouterons attentivement, après quoi les membres du Comité pourront vous interroger.

**Dr Tate:** Tout d'abord, nous sommes ici pour vous parler de ceux qui se présentent à notre centre afin d'être traités pour des problèmes d'alcool ou de drogue. Nous ne vous parlerons donc pas de la population en général, mais tout simplement d'un échantillon bien particulier.

**[Texte]**

We saw about a 1,000 new patients last year, and this year we have expanded our treatment program, so we may see somewhere between 1,200 to 1,500 next year.

We have a variety of services. We have out-patient services where we see people individually and in groups. We do assessments. We refer people to other treating agencies. We treat people in the hospital on an in-hospital basis. We treat people on a day-treatment basis, where they come to us for the day for several weeks in a row; and we have a family program for family members who are affected by the person's addiction. We see both men and women from age 18 up. The age range of the people we see is from about age 18 to people in their early 70s. The average age is about 39 years.

They come from all walks of life, although we do see a disproportionate number of people who are unemployed. About 40% of the people we see are employed, about 41% are unemployed, and the remainder are perhaps on disability pensions and so on. Seventy-two percent of our patients are male, 28% are women.

In terms of the types of addiction, 90% of them have a problem with alcohol, so it is only a minority of 10% who have a drug-only problem. However, of those who have an alcohol problem, a significant number of them have a problem with both alcohol and drugs. About 40% of the people we see have a problem with drugs, 60% alcohol only; and of that 40%, 30% have a mixed addiction, or cross-addiction, between alcohol and other types of drugs.

In terms of the kinds of drugs they have problems with, the most frequent ones are tranquilizers, followed by cannabis. About 35% of our patients report they have problems due to their use of cannabis. Pain killers and cocaine are sort of second and third. About 21% of the people we see are involved with cocaine at the time, and that is a dramatic increase in the past two years. From about a 5% figure a couple of years ago it has risen to about 21%.

Most of the people we see are not involved with the law at the time they enter treatment. However, 17% of them report they have been in jail in the past 12 months, 13% have outstanding charges at the time we see them, and 6% are on probation or on parole at the time we see them.

I guess the other thing that is significant about the populations we deal with is that generally speaking they come from families which have a history of alcohol or drug problems, the most common one being alcohol. About 60% to 80% of the people we see have a family history of alcoholism, regardless of the drug they have problems with. It is quite common to find people with cocaine or cannabis addiction who come from homes where one or both parents had an alcohol problem.

That is sort of in a nutshell the kind of work we are doing and the kind of patients we see.

**The Chairman:** Dr. Wilson.

**[Traduction]**

L'année dernière, nous avons traité quelque mille nouveaux patients, mais nous nous attendons à en recevoir quelque 1200 à 1500 l'année prochaine, en raison d'un élargissement de notre programme de traitement.

Nous offrons toute une gamme de services. Nous accueillons des patients externes et nous les évaluons individuellement ou en groupes. Nous faisons des évaluations et nous renvoyons des patients à d'autres organismes de traitement. Nous accueillons des patients pour des soins à l'hôpital même. Nous traitons des patients sur une base quotidienne, pour des traitements qui peuvent durer jusqu'à plusieurs semaines de suite. Nous offrons également un programme familial pour les familles dont un ou plusieurs des membres sont toxicomanes. Nos patients sont des hommes et des femmes de 18 à 70 ans. La moyenne d'âge se situe à 39 ans.

Nos patients proviennent de toutes les couches de la société, même si bon nombre d'entre eux sont chômeurs. Environ 40 p. 100 de nos patients ont un emploi, 41 p. 100 sont chômeurs, et le reste survit grâce à une pension d'incapacité, par exemple. Enfin, 72 p. 100 de nos patients sont des hommes et 28 p. 100 des femmes.

En ce qui concerne le genre de toxicomanie, 90 p. 100 de ceux que nous traitons sont des alcooliques, et seulement 10 p. 100—la minorité—sont des drogués. Cependant, un grand nombre de ceux qui sont déjà alcooliques consomment également de la drogue. En effet, 60 p. 100 de nos patients alcooliques ne consomment que de l'alcool, alors que les 40 p. 100 qui restent consomment de la drogue, dont 30 p. 100 consomment plusieurs drogues.

Les drogues que nous rencontrons le plus fréquemment sont les tranquillisants, puis le cannabis. Environ 35 p. 100 de nos patients nous parlent de problèmes dus à la consommation de cannabis. Les analgésiques et la cocaïne viennent en deuxième et troisième place. Quelque 21 p. 100 de nos patients consomment actuellement de la cocaïne, ce qui constitue une augmentation dramatique depuis deux ans, puisque la consommation n'était alors que de 5 p. 100.

La plupart de ceux qui arrivent au centre pour se faire traiter n'ont pas encore été traduits en justice. Cependant, 17 p. 100 d'entre eux admettent avoir été en prison au cours des douze derniers mois, 13 p. 100 sont encore sous le coup d'inculpations au moment de leur entrée, et 6 p. 100 d'entre eux sont en probation ou en libération conditionnelle.

Fait également à noter, nos patients proviennent généralement de familles qui connaissent déjà un problème de drogue, ou surtout d'alcool. De 60 à 80 p. 100 de nos traités ont une famille alcoolique, quelle que soit la drogue qu'ils consomment. Il n'est pas rare de voir des utilisateurs de cocaïne ou de cannabis provenir de foyers dont l'un ou les deux parents étaient alcooliques.

Voilà, rapidement, le genre de travail que nous accomplissons et le genre de patients que nous accueillons.

**Le président:** Monsieur Wilson.



[Text]

**Dr. Allen Wilson (Director, Meadow Creek Addiction Treatment Centre):** Although we do run the Meadow Creek program, the Royal Ottawa Hospital also runs a number of other addiction programs; it is not just limited to that residential treatment facility. We do offer day treatment and have a number of assessment facilities as well that operate out of the Royal Ottawa Hospital.

• 1910

**The Chairman:** Perhaps we could entertain some questions now from the committee.

**Dr. McCurdy:**

**Mr. McCurdy:** I will pass for now.

**The Chairman:** Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. I would like to welcome Dr. Wilson and Dr. Tate.

It has always been my opinion that when we talk about trying to control drug abuse, the way not to go is to just totally work on trying to restrict supply. I do not think that works. All that will do is to increase the price of the street drugs.

I think the way to go is toward the treatment side. I think you mentioned 90% of the people you see have some involvement with alcohol. Is 90% the figure? Is that right?

**Dr. Tate:** Yes.

**Mr. White:** I think that is probably a perfect example of how, because of the large problem we have with alcohol, we could apply it to other drugs as well. One comment I read here is that there should be further research on treatment. I am wondering if you could perhaps expand on what direction we should be taking when we talk about further research to be done on treatment for both alcohol and illicit drug addicts.

**Dr. Tate:** I think that is true. There is a certain amount of controversy in the literature now about how much treatment people really require. Most of it comes from the area of alcoholism treatment and there is some evidence to suggest that people do just as well with relatively low intensive, inexpensive kinds of treatment such as out-patient appointments and so on, although there is some more recent evidence that there is an interaction between the kinds of treatment you offer and the characteristics of patients. In other words, some people require more intensive treatment than others. Some people do very well with relatively low-cost treatment. These are typically people who are socially stable. In other words, people who are employed and married, whereas other people may require longer-term treatment and more costly. They are most socially unstable and they may be more physically dependent on the drug.

In other words, there are levels of addiction. It is a continuum. It is not really an all or none thing and those people who are more chronically addicted, and also the type of drug involved, may require more intensive treatment.

[Translation]

**Dr Allen Wilson (directeur, Centre de traitement des toxicomanes de Meadow Creek):** Même si, à Meadow Creek, nous offrons un programme de traitement, n'oublions pas que l'Hôpital Royal d'Ottawa offre également un certain nombre d'autres programmes de désintoxication: nos traitements en résidence ne sont pas les seuls. Certains de nos programmes de jour et certaines évaluations se font directement à l'Hôpital Royal d'Ottawa.

**Le président:** Êtes-vous prêts à vous soumettre aux questions du Comité?

Monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** Je cède mon tour pour l'instant.

**Le président:** Monsieur White.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Bienvenue aux professeurs Wilson et Tate.

Lorsque l'on parle de contrôler la toxicomanie, j'ai toujours cru fermement que ce qu'il ne fallait pas faire, c'était de tenter uniquement de limiter les sources d'approvisionnement, car cela ne donne rien. Tout ce que cela fait, c'est faire augmenter le prix des drogues vendues dans la rue.

Je pense qu'il vaut mieux opter pour le traitement. Vous ai-je bien entendu dire que 90 p. 100 de ceux que vous traitez sont des alcooliques?

**Dr Tate:** En effet.

**M. White:** Regardez le grave problème que nous pose l'alcoolisme: je suis convaincu que le traitement de l'alcoolisme peut s'appliquer aux autres drogues également. On entend dire qu'il faudrait pousser plus loin les recherches sur le traitement des toxicomanes. Que pouvez-vous nous dire sur l'orientation qu'il faudrait donner aux recherches sur le traitement des alcooliques et des drogués?

**Dr Tate:** Ce que vous dites est vrai. La littérature médicale n'est pas unanime sur la durée du traitement des toxicomanes. La plupart des textes traitent d'alcoolisme, et on a constaté que ceux qui sont traités avec des méthoses relativement moins intensives et moins coûteuses—comme les rendez-vous à la clinique externe, etc.—font tout autant de progrès que les autres. Cependant, des études plus récentes semblent faire le lien entre le genre de traitements offerts et des caractéristiques bien précises chez certains patients. Autrement dit, certaines personnes ont besoin d'être traitées de façon plus intensive que d'autres. Certains toxicomanes font de grands progrès à la suite d'un traitement relativement peu coûteux: ce sont en général des gens qui sont stables socialement, c'est-à-dire des gens qui ont un emploi et qui sont mariés. À l'inverse, les patients instables socialement et qui dépendent plus des drogues ont généralement besoin de traitements à plus long terme qui coûtent plus cher.

Cela veut dire qu'il existe divers niveaux de toxicomanie, qui forment une courbe continue. Ce n'est jamais ni tout noir ni tout blanc, et il se peut que des personnes toxicomanes chroniques aient besoin d'un traitement plus intensif, selon le type de drogue consommée.



## [Texte]

There is not very much known about the best kinds of treatment for certain groups of people, particularly with regard to illicit drugs. There is a big supply of literature with regard to heroin, for example, but that is really not pertinent to our scene. The illicit drugs that we see, number one is mainly hashish, and number two is cocaine right now. There is not really a lot of literature on the most effective way to treat people with those kinds of problems.

**Mr. White:** So much of it depends on the personality of the people addicted, and there has to be research, I suppose, in that area as well.

**Dr. Tate:** Yes.

**Mr. White:** If government funding were to go into, say, the self-help type of group, is that effective when we are talking about drugs that are perhaps psychologically addicting as opposed to those where you have the absolute physical addiction? What I am trying to find out is if it would be equally effective for both types of addiction, in your opinion.

**Dr. Tate:** Most of the drug addiction that we deal with, or the main aspect of the addiction is psychological. Some of them have a physical component that is quite marked; alcohol is a good example. But for cocaine and hashish, physical dependence is less of a factor. But in terms of the self-help groups, they do not accept any outside funding from anybody. They never have. It goes against their basic traditions so it would not be a possibility.

With regard to drugs, in the last two years in Ottawa there has been a real upswell of movement in that area. There are about four narcotics anonymous groups functioning now which are attended by people who have pretty much drug problems, drugs or drugs and alcohol. So this really did not exist about two years ago.

• 1915

I think there has been an increase in drug addiction and drug use, particularly with cocaine, and there seem to be more people coming for treatment and there are now the beginnings of self-help organizations offering people support for that.

So that is a good sign, but, in terms of how the government could intervene in that area, I do not really see that they could have a role because they follow very strict guidelines. They do not accept any outside help. Professional help, for one thing, is not accepted; it is strictly a self-help thing.

**Mr. White:** I was not aware of that. I ask because of the success we have seen with Alcoholics Anonymous—

**Dr. Tate:** Right, yes.

**Mr. White:** —and if we could have that sort of treatment developed over a broader spectrum of drugs . . .

**Dr. Tate:** There is a bit of a problem with self-help groups. They work very well for people who are psycho-socially intact;

## [Traduction]

On ne sait pas grand-chose sur la meilleure façon de traiter certains groupes de toxicomanes, en particulier ceux qui consomment des drogues illicites. Beaucoup d'études ont porté sur l'héroïne, par exemple, mais ces études ne s'appliquent pas à notre cas. Parmi les drogues illicites que nous rencontrons, la principale est le haschich, et la cocaïne arrive aujourd'hui en seconde place. Or, très peu d'études nous montrent comment traiter efficacement les consommateurs de ce genre de drogues.

**M. White:** Cela dépend beaucoup de la personnalité des malades, et il manque d'étude en ce sens, n'est-ce pas?

**Dr Tate:** En effet.

**M. White:** Si le gouvernement décidait de financer des groupes d'aide qui encouragent les efforts personnels, cela serait-il efficace dans le cas de drogues toxicomagènes du point de vue psychologique, par opposition aux drogues toxicomagènes du point de vue physique? Est-ce que les deux toxicomanies se traitent de la même façon, à votre avis?

**Dr Tate:** Dans la plupart des cas que nous traitons, le pouvoir toxicomagène de la drogue est surtout psychologique. Par contre, certaines drogues sont très nocives du point de vue physique, comme l'alcool. Mais dans le cas de la cocaïne et du haschich, c'est moins évident. Pour revenir aux groupes d'aide qui encouragent les efforts personnels, je vous ferais remarquer que ces groupes n'ont jamais accepté quelque subvention que ce soit de l'extérieur, et n'entendent pas le faire. Cela va à l'encontre de leurs principes de base.

Au cours des deux dernières années, nous avons constaté une augmentation considérable des groupes d'aide aux drogués dans la région d'Ottawa. Il existe actuellement quelque quatre groupes d'aide aux narcomanes anonymes fréquentés par des toxicomanes ayant des problèmes de drogues ou des problèmes d'alcool et de drogues. Ces groupes n'existaient pas il y a deux ans à peine.

Nous pouvons constater une augmentation de la toxicomanie et, en particulier, celle qui est due à la cocaïne. Or, de plus en plus de gens viennent se faire traiter chez nous et de plus en plus de groupes offrent leur aide aux toxicomanes.

C'est donc un très bon signe; cependant, quant à l'intervention du gouvernement, je ne pense pas qu'elle soit possible, étant donné que ces groupes suivent des règles très strictes et n'acceptent aucune aide extérieure. Ces groupes n'acceptent même pas l'aide de professionnels: ils prônent uniquement les efforts personnels.

**M. White:** Je ne le savais pas. Je m'interrogeais tout simplement, à la lumière du succès qu'ont connu les Alcoolistes anonymes . . .

**Dr Tate:** En effet.

**M. White:** . . . si ce genre de traitement pouvait s'appliquer à toute la gamme des drogues . . .

**Dr Tate:** Ces groupes d'aide et d'effort personnel présentent une difficulté, cependant: ils donnent de très bons résultats

[Text]

that is, who have no problems other than their drug of abuse. So, if you have somebody who has an intact family, a good job, a good work history, no psychiatric problems, no history of depression but who simply drinks, then it is quite possible and quite feasible that a self-help group like AA will be useful for that person.

But in fact a great many people who use drugs, and particularly illicit drugs... because, after all, one of the characteristics of a person who would use drugs that are illegal and, by definition, more difficult to find and that carry some risk along with their use is that the person is likely to be a more anti-social type of person and to have personality problems.

We generally find that a more professional approach involving a psychiatric or psychological assessment of the patient plus a more formal approach to treatment looking at all the various problems they may have in their psycho-social sphere followed by a self-help group is the most appropriate approach in those kinds of people.

**Mr. White:** You mentioned you have roughly 1,000 new patients per year roughly.

**The Chairman:** New patients.

**Mr. White:** What numbers do you see in repeat patients, in the chronic cases?

**Dr. Tate:** That is a hard one to answer.

**Mr. White:** Is it a problem? Without going to numbers, do you see a lot of people over and over again?

**Dr. Tate:** In the sense that they enter treatment, they do well, then they relapse and come back?

**Mr. White:** Yes.

**Dr. Tate:** We see a certain amount of that. It depends on which program we are talking about, because we deal with it differently. We do not have a revolving-door situation where we would particularly treat somebody as an in-patient and then treat them again as an in-patient and so on. If they return to us, we tend to try to treat them much more briefly and then see them on an out-patient basis.

**Mr. White:** Oh, I see.

**Dr. Tate:** So initially up front, if somebody is just brand new in treatment and usually fairly naive, that is where we give them the more intensive kinds of programs. But if they are repeaters then we try to refer them to other centres perhaps that have long-term... like a recovery home where they might live for six months or even a year. That is a more appropriate setting for that kind of person.

**Mr. White:** Thank you very much.

**The Chairman:** Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** I, too, want to thank the two doctors for coming.

[Translation]

chez les patients qui sont intacts, si j'ose dire, du point de vue psychosocial, c'est-à-dire chez ceux dont le seul problème est l'usage de drogue. Autrement dit, si votre patient a encore une famille, un bon emploi, un bon dossier de travail et qu'il n'a ni problème psychiatrique ni fait de dépression, il est fort possible pour ce patient dont le seul problème est l'alcool de s'en tirer grâce à l'aide d'un groupe comme les Alcooliques anonymes.

La difficulté réside chez tous ceux, de plus en plus nombreux, qui consomment des drogues illicites. Après tout, celui qui consomme des drogues illégales, qui, par définition, sont plus difficiles à trouver et qui, de par leur consommation, comportent des risques, est généralement de type antisocial et présente des problèmes de personnalité.

Pour cette personne, il vaut mieux suivre une voie plus professionnelle et faire appel à des évaluateurs psychiatres ou psychologues, qui examineront l'ensemble des problèmes dans une sphère psychosociale et qui le dirigeront vers des groupes d'aide et d'effort personnel ultérieurement.

**M. White:** Vous avez dit accueillir quelque mille nouveaux patients par année.

**Le président:** Des nouveaux patients.

**M. White:** Quelle est votre proportion de récidivistes, de cas chroniques?

**Dr Tate:** Il m'est difficile de vous répondre.

**M. White:** Pourquoi? Si vous ne pouvez pas me donner de chiffres, pouvez-vous me dire si vous revoyez les mêmes patients d'une année à l'autre?

**Dr Tate:** Vous voulez dire des patients ayant suivi des traitements et qui, une fois guéris, font une rechute et nous reviennent?

**M. White:** C'est cela.

**Dr Tate:** Oui, nous en voyons. Mais tout dépend du programme en question: chaque cas est traité différemment. Nous ne sommes pas une plaque tournante: ceux qui ont suivi un traitement interne et qui nous reviennent ne sont pas renvoyés dans la même section. A leur retour, nous les évaluons beaucoup plus brièvement, puis nous les traitons à la clinique externe.

**M. White:** Je vois.

**Dr Tate:** Donc, au départ, si le patient nous arrive pour la première fois et est assez naïf, nous lui donnons le traitement plus intensif. Par ailleurs, nous tentons de renvoyer les récidivistes vers d'autres centres qui peuvent offrir des programmes à long terme, comme dans des centres de convalescence, en quelque sorte, qui peuvent les accueillir de six mois à un an. Cela me semble plus approprié pour les récidivistes.

**M. White:** Merci beaucoup.

**Le président:** Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Je remercie, moi aussi, nos deux invités de ce soir.



[Texte]

Maybe you have answered Mr. White a bit, but if somebody was heavy on cocaine—I could not tell you the drug, but on one of the heavy drugs like cocaine—what kinds of treatments do you give to people like that, and what are some of the cost factors, the money we would be putting in, whether it be through the province or a joint federal-provincial thing? What normally takes place to start the place up? Are you talking about machinery? If somebody is heavy on drugs, how do you get him out of that a bit?

**Dr. Wilson:** One has to address two major components in treatment. The first is a physiological withdrawal from the drug; in other words, detoxifying the patients from whatever drug they are abusing. So in the case of cocaine, for example, a person goes through a period of detoxification, which is relatively brief and takes about four to five days usually.

**Mr. Mantha:** How do you do it? Do you just keep giving smaller and smaller dosages?

**Dr. Wilson:** No. In the case of cocaine, which is a stimulant drug, we do not use substitution of other drugs in titration. We simply use supportive reassurance. Sometimes we give them mild sedatives if it is absolutely necessary, but in the case of cocaine that would be unusual. It is more or less just supporting the individual while they come off the drug.

The problem is that there is a long-term semi-permanent change that occurs on the surface of the brain with cocaine, and that is a physiological change which mediates long-term craving or desire to return to use of the drug.

• 1920

That is a more difficult problem to assess, because the craving tends to come in waves, and it tends to be extremely intense in the case of people who use cocaine, and particularly in the case of people who free-base cocaine, which is relatively pure cocaine. They are used to having their brains saturated with large amounts of the drug, so they have more permanent changes in their receptor structure.

We address ourselves to that by putting them into an interim treatment program, which is usually something of the order of a month. That is true for most interim treatment. This is a period of intense assessment and treatment, in which we try to address all those factors in their environment which might lead them to become . . . or to go back to using cocaine. Why did the individual start using it in the first place, if it is possible to assess that; and if so, how can we restructure the environment they will go back to after they have finished treatment so they are less likely to relapse?

**Mr. Mantha:** How many hours a day would you spend on a particular case?

**Dr. Wilson:** Our program runs from about 8.30 a.m. to 9.30 p.m.

**Mr. Mantha:** So they basically go through a schooling type of thing all day. Is that what you are saying?

**Dr. Wilson:** Yes.

[Traduction]

Vous avez peut-être déjà répondu à M. White, mais supposons qu'une personne consomme énormément de drogue dure, comme la cocaïne: quel est le genre de traitement que vous pouvez lui offrir? Si vous deviez recevoir de l'argent de la province, ou encore de l'argent sous forme d'une subvention fédérale-provinciale, de combien d'argent auriez-vous besoin? Quelles sont les sommes nécessaires pour ouvrir un centre comme le vôtre? De quel équipement avez-vous besoin? Si quelqu'un est un toxicomane invétéré, que faites-vous pour l'aider un peu?

**Dr. Wilson:** Le traitement doit tenir compte de deux facteurs importants: le premier, c'est une réaction de privation psychologique de la drogue. Autrement dit, il faut désintoxiquer le patient de sa drogue. Dans le cas de la cocaïne, le patient passe par une phase de désintoxication qui est relativement brève et ne dure que quatre ou cinq jours.

**M. Mantha:** Comment faites-vous? Continuez-vous à lui donner des doses de plus en plus faibles?

**Dr. Wilson:** Non. Dans le cas de la cocaïne, une drogue stimulante, nous ne lui substituons aucune autre drogue en quantité dosée. Nous ne faisons que le rassurer et l'épauler. Au besoin, nous lui donnons de faibles sédatifs, ce qui serait assez inusité dans le cas de la cocaïne. Il s'agit plus ou moins d'épauler la personne au cours de la phase de privation.

La difficulté, c'est que la cocaïne entraîne un changement semi-permanent à la surface du cerveau et un changement physiologique qui entraîne un désir obsédant à long terme de reprendre de la drogue.

C'est un problème plus difficile à évaluer, car les envies viennent en général par vagues et sont par exemple extrêmement intenses dans le cas de ceux qui épurent la cocaïne, ceux qui donnent une cocaïne relativement pure. Ils sont habitués à se saturer le cerveau de grandes quantités de drogue, si bien que les changements dans leur organisme sont plus permanents.

Nous leur faisons alors suivre un programme de traitement provisoire qui dure habituellement à peu près un mois. C'est le cas en général des traitements provisoires. Il s'agit d'une période d'évaluation et de traitements intenses pendant laquelle nous essayons de considérer tous les facteurs de leur environnement susceptibles de les pousser à devenir ou à consommer à nouveau de la cocaïne. Pourquoi cette personne a-t-elle commencé à consommer de la cocaïne, si possible; si on parvient à le déterminer, comment restructurer l'environnement qu'elle retrouvera après le traitement afin qu'il y ait moins de risques de rechute?

**M. Mantha:** Combien passez-vous d'heures par jour à un cas particulier?

**Dr. Wilson:** Notre programme commence à 8h30, pour se terminer environ à 21h30.

**M. Mantha:** Il s'agit donc essentiellement d'enseignement toute la journée. C'est cela?

**Dr. Wilson:** Oui.



## [Text]

It is a complex program. It consists of individual psychotherapy, which is a small part of the process; and the major component is group psychotherapy, in which the individual gets feedback from his or her peers and has an opportunity to see how his problem is different from or the same as the problems experienced by others in the group, basically just to get feedback about his behaviour and the kinds of problems others have had and how they have dealt with it.

There is also a strong educational component. We try to teach people why they have these craving bouts, how to ameliorate them when they are in the middle of one, and we try to educate them about things such as nutrition and diet and exercise and relaxation training and various other aspects of their living. We also focus on their support systems after they leave. Where will they go to live after they leave? Will they be living in a flophouse somewhere, where they are highly likely to go back to their original habits, or will they be going to some kind of a supportive, intact environment? If in fact they come from a poor environment, we try to get them into a longer-term recovery, which would be something like a half-way house or a recovery home, typically for a six-month or even a one-year stay, where they would have some ongoing support while they try to get reintegrated into society.

So the program is a very complex one. The usual estimates are for about a year of treatment, although the most intense phase lasts about a month, in most cases.

**Mr. Mantha:** I have always wondered, when they always talk about treatment . . . So you are not talking about a lot of machinery. I think you are talking basically of rest, a speech type of thing all of the time, and—

**Dr. Tate:** Yes.

**Mr. Mantha:** —a “psycho-type” thing.

**Dr. Tate:** The kinds of things we need are staff—

**Mr. Mantha:** Yes, manpower.

**Dr. Tate:** —rooms, good audio-visual equipment, and that is about it.

**Mr. McCurdy:** I am sorry I arrived so late. That should not be deemed to reflect at all on the value I anticipated in your contribution. But I do have a couple of questions. Has there been a notable increase in the use of illicit drugs in Canada over the last couple of years?

**Dr. Tate:** That is an ARF question, because they do all these surveys; the Addiction Research Foundation. They do a lot of surveys on use in high schools and elementary school pupils and so on.

**Dr. Wilson:** I believe the answer to that is nobody knows. There may be somebody who claims to know, and they may in fact know.

The problem with illicit drugs, as you know, is that it is very, very difficult to get people to talk about them, and it is very difficult to do a survey, because people obtain the drugs through illicit channels. If you want to find out about drinking,

## [Translation]

C'est un programme assez complexe. Il comporte de la psychothérapie individuelle, pour une petite part; et pour une beaucoup plus grande part, de la psychothérapie de groupe, qui permet aux intéressés d'échanger des impressions avec leurs pairs et de voir en quoi leurs problèmes diffèrent ou ressemblent à ceux des autres. Il s'agit donc essentiellement de voir comment ils réagissent les uns les autres au comportement d'autrui et comment certains réussissent à régler leurs problèmes.

Il y a également un élément éducatif très solide. Nous essayons de leur apprendre pourquoi ils ont ces envies soudaines, comment y remédier, comment se nourrir, faire de l'exercice, se détendre, etc. Nous insistons également sur les éléments qui pourront les aider après le traitement. Nous regardons où ils iront vivre, si ce sera un asile de nuit quelque part, où il est très possible qu'ils reprennent leurs vieilles habitudes, ou s'ils pourront au contraire trouver un environnement qui les aidera et ne présentera pas de risques. S'ils viennent d'un milieu pauvre, nous essayons de leur offrir une solution à plus long terme, quelque chose comme une maison de transition ou de repos, en général pour six mois, ou même un an, afin qu'ils puissent continuer à être aidés alors qu'ils essaient de réintégrer la société.

Il s'agit donc d'un problème très complexe. On prévoit en général un an de traitement, même si la phase la plus intense ne dure dans la plupart des cas qu'environ un mois.

**M. Mantha:** Je me demandais toujours, lorsque l'on parle de traitement . . . En fait, il ne semble pas que vous utilisiez tellement de matériel. Si je comprends bien, il s'agit essentiellement de repos, de s'exprimer, etc . . .

**Dr. Tate:** Oui.

**M. Mantha:** . . . quelque chose qui relève de la psychothérapie.

**Dr. Tate:** Ce qui est nécessaire, c'est du personnel . . .

**M. Mantha:** Oui, du personnel.

**Dr. Tate:** . . . des salles, de l'équipement audio-visuel de qualité, et c'est à peu près tout.

**M. McCurdy:** Je suis désolé d'être arrivé si tard. N'y voyez là aucun commentaire sur ce que j'attendais de votre exposé. En tout cas, j'ai une ou deux questions à vous poser. Y a-t-il eu une augmentation remarquable de la consommation de drogues illicites au Canada ces deux dernières années?

**Dr. Tate:** C'est une question à poser à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, qui fait ce genre d'enquêtes. Notamment dans les écoles secondaires et auprès des élèves des écoles primaires, etc.

**Dr. Wilson:** Je ne pense pas que quiconque le sache. Peut-être y en a-t-il qui prétendent le savoir, et peut-être le savent-ils en effet.

Toutefois, le problème, lorsque l'on parle de drogues illicites, c'est qu'il est extrêmement difficile d'obtenir qu'on en parle, si bien qu'il est très difficile de faire une enquête auprès des gens qui obtiennent de la drogue par des moyens illicites. Si vous

[Texte]

you can go to the LCBO and you can find out how much alcohol they have been selling. But if you want to find out about illicit drugs, it is very difficult to tell.

I have been involved for the last 15 years in doing nothing but addictions, and my perception, from a personal point of view, is that yes, there is an increase, and particularly a large increase in the so-called "harder" drugs, such as cocaine, as opposed to the softer drugs, such as marijuana and hashish. That is my perception. Also, I see younger people using drugs like cocaine, and the age range shifting down. But that is a purely personal perception.

**Mr. McCurdy:** But there is some confusion here when you talk about illicit drugs, for example, because the statistics of which I am aware indicate a lessening in use of illicit drugs such as hashish and cannabis.

**Dr. Wilson:** That may be true overall. That may be true over the total age range of the population. But it is very difficult for me to believe that is the case with younger people; people under the age of, say, 25. More importantly, when I started in this business 15 years ago, it was quite unusual to find people who were cross-addicted. Most people who came into a treatment program were alcoholics who drank and did not use other drugs. Now, it is almost the exception to find an alcoholic under the age of, say, 50 years of age who is not cross-abusing other drugs, such as cannabis or prescription drugs. It is quite unusual to find people who are pure alcoholics these days.

• 1925

**Mr. McCurdy:** How about crack? No crack? Of course, crack was the big thing that caused—there was an epidemic in the United States.

**Dr. Wilson:** Crack is an unusual drug. We have been seeing crack for the last six or seven years in Canada. Crack is simply a pre-freebased drug, if you like, and we have seen lots of people freebasing cocaine for the last six or seven years in Canada. It is not that unusual to find freebasers. In essence, there is very little difference between crack . . . It is essentially a freebased drug that has been allowed to dry up. It has already been done for the individual.

So we do not see a lot of crack in our treatment program. But it is hard for us to assess what the incidence is, because crack per se has only really been reported in Canada for about the last 8 to 10 months. Of course, we tend to see, in treatment, those people who have gone downhill.

So it would be unusual for us to find people, in our treatment programs or assessment programs, who have not had a chance to use the drug for a year or two, or however long it takes them to get to the point where they need help. So we do not really see people at the forefront or the innovative edge of

[Traduction]

voulez vous renseigner sur l'alcoolisme, vous pouvez aller demander à la Société des alcools combien on a vendu d'alcool. Mais si l'on veut des renseignements sur les drogues illicites, c'est très difficile à obtenir.

Voilà quinze ans que je ne m'occupe que de toxicomanie et, personnellement, j'estime qu'il y a en effet une augmentation de la consommation de drogues, et en particulier de drogues appelées «fortes», comme la cocaïne, par opposition aux drogues plus douces que sont la marijuana et le haschich. D'autre part, je constate que des personnes plus jeunes consomment des drogues comme la cocaïne et qu'ainsi, l'âge semble diminuer. Mais c'est là une perception purement personnelle.

**M. McCurdy:** Il y a toutefois ici quelque confusion quand on parle de drogues illicites, par exemple, car les statistiques qui m'ont été communiquées indiquent une diminution de la consommation des drogues illicites comme le haschich et le cannabis.

**Dr Wilson:** C'est peut-être vrai pour l'ensemble. Pour toute la population. Mais j'ai beaucoup de mal à croire que ce soit le cas pour les plus jeunes; pour les personnes de moins de 25 ans, par exemple. Ce qui est plus important, c'est que lorsque j'ai commencé là-dedans, il y a quinze ans, il était tout à fait inhabituel de trouver des gens qui étaient à la fois alcooliques et toxicomanes. La plupart de ceux qui venaient suivre un traitement étaient des alcooliques qui buvaient et ne consommaient pas d'autres drogues. Maintenant, c'est presque l'exception quand on a un alcoolique de moins de 50 ans qui ne consomme pas également des drogues, comme le cannabis ou des médicaments d'ordonnance. Il est tout à fait inhabituel de trouver aujourd'hui des gens qui soient exclusivement alcooliques.

**M. McCurdy:** Qu'en est-il du «crack»? Il n'y a pas de «crack»? C'est évidemment ce qui a provoqué—on a parlé d'épidémie aux États-Unis.

**Dr Wilson:** Le «crack» est une drogue inhabituelle. On en voit au Canada depuis six ou sept ans. C'est simplement une drogue avant le stade de l'épuration, et il y a beaucoup de gens qui, depuis six ou sept ans, au Canada, épurent la cocaïne. Ce n'est plus inhabituel. En fait, il y a très peu de différence entre le «crack» . . . C'est essentiellement une drogue épurée qu'on a laissé sécher. On se la procure comme cela.

Nous ne voyons donc pas tellement, pour notre part, de «crack». Mais il nous est difficile d'évaluer exactement la situation, car on ne parle en fait de «crack» au Canada que depuis huit à dix mois. Or, quand on parle de traitement, il s'agit de toxicomanes en difficulté.

Il serait donc surprenant que nous soyons en présence de personnes qui aient besoin d'aide après avoir consommé cette drogue, alors qu'ils n'ont pas encore eu la possibilité d'en consommer pendant un an ou deux, ou quelle que soit la durée nécessaire pour qu'ils aient besoin d'aide. Nous ne voyons donc pas en général venir à nous des gens qui ont un problème à



[Text]

new drugs. We tend to see them after the drug has had its effect on them.

But, in essence, there really is no difference between crack and freebased cocaine.

**Mr. McCurdy:** I understand that, but crack has become a particular and notable phenomenon in the United States. It is, perhaps more than any single factor, the cause of the sudden urgency attached to the drug situation in the United States. However, it is probably true that there was no vast increase, even there, of a remarkable sort in the instance of drug use.

Let us just pursue this for a moment. You made a comment earlier that, by their very nature, illicit drugs tend to draw to them people who, in one way or the other—I have forgotten just what phraseology you used—are somewhat outside the pale, as it were. Of course, marijuana is an illicit drug, cocaine is an illicit drug. Do you really believe the use of those two illicit drugs predominates in the social netherworld? I think the impression that most of us have is that cocaine tends to be concentrated, at least so far, among the relatively well-to-do, and cannabis rather widely and almost randomly.

**Dr. Wilson:** I do not think I said that they predominate in the so-called netherworld. I think I said that people who are attracted to drugs that have an element of risk associated with them, such as drugs which are illicit, are more likely to have other psychological problems, in particular, characterological problems or personality problems. I think there is a good deal of evidence that the harder the core of drug abuser that you look at, the higher the incidence of personality disorder that you will find.

**Mr. McCurdy:** What are we talking about here? Are we talking about cannabis?

**Dr. Wilson:** I am talking about any drug you wish to talk about. I am not talking about cannabis particularly, although it is illicit. I am talking primarily about things like cocaine and freebasing cocaine and heroin—

**Mr. McCurdy:** Heroin, right. What everybody would recognize as the hard drugs.

**Dr. Wilson:** I think there is a big differentiation between cocaine and heroin, in terms of—

**Mr. McCurdy:** There is, but at this stage of the game most people, given the reports on cocaine usage among various notorious figures—let us call them popular figures in sports and so on. It does place a particular concentration upon that. Given that drugs such as cocaine, but more particularly heroin, tend to be drugs that affect that part of the population, does it not follow that the use of those drugs is going to be correlated with such social factors or phenomena as unemployment, poverty and the like?

• 1930

**Dr. Wilson:** There is a correlation between drug use and employment status, yes.

[Translation]

cause de drogues toutes nouvelles. Ils ne viennent pas nous voir avant que la drogue ait fait son effet.

En fait, il n'y a pas vraiment de différence entre le «crack» et la cocaïne épurée.

**M. McCurdy:** Je comprends bien, mais le «crack» est devenu un phénomène très remarquable aux États-Unis. C'est peut-être, plus que toute autre chose, la cause de l'urgence que l'on attache tout d'un coup au problème de la drogue aux États-Unis. Toutefois, il n'y a peut-être pas eu une augmentation massive et remarquable de la consommation de drogues, même là-bas.

Poursuivons un instant. Vous avez tout à l'heure dit que, de par leur nature même, les drogues illicites tendent à attirer des gens qui, d'une façon ou d'une autre—j'ai oublié l'expression que vous avez utilisée—sont assez peu fréquentables. Certes, la marijuana est une drogue illicite, de même que la cocaïne. Croyez-vous réellement que la consommation de ces deux drogues illicites soit prédominante dans les bas-fonds sociaux? Nous aurions pour la plupart au contraire l'impression que jusqu'ici, la cocaïne est consommée par des gens relativement aisés, alors que le cannabis est consommé par à peu près tout le monde.

**Dr. Wilson:** Je ne crois pas avoir dit que ces drogues étaient prédominantes dans les bas-fonds sociaux. Par contre, j'ai dû dire que ceux qui sont attirés par les drogues qui présentent un certain nombre de risques, comme les drogues illicites, ont plus tendance à avoir d'autres problèmes psychologiques, en particulier d'ordre caractériel et de personnalité. Il a été démontré assez souvent que plus les cas de toxicomanie sont graves, plus cela révèle un problème de personnalité.

**M. McCurdy:** De quoi parlons-nous ici? Du cannabis?

**Dr. Wilson:** Je parle de n'importe quelle drogue. Pas du cannabis en particulier, bien que ce soit une drogue illicite. Je parle essentiellement de choses comme la cocaïne, la cocaïne épurée et l'héroïne...

**M. McCurdy:** L'héroïne, d'accord. Tout le monde s'entend pour dire que c'est une drogue forte.

**Dr. Wilson:** Je crois qu'il y a une grande différence à faire entre la cocaïne et l'héroïne, pour ce qui est de...

**M. McCurdy:** Certainement, mais pour le moment, étant donné que l'on apprend que diverses personnalités que nous qualifierions de populaires, dans le monde sportif, etc., consomment de la cocaïne, on pense surtout à cela. Étant admis que des drogues comme la cocaïne, et plus particulièrement l'héroïne, tendent à toucher ce segment de la population, ne s'ensuit-il pas que la consommation de ces drogues peut être liée à des facteurs ou phénomènes sociaux comme le chômage, la pauvreté, etc.?

**Dr. Wilson:** Il existe une corrélation entre la consommation de drogues et le fait que la personne travaille ou non, certes.



[Texte]

**Mr. McCurdy:** Yes, particularly in the United States. If one wants to track the instance of heroin usage, crack usage, in general one finds it in the most impoverished parts of urban America. So the real crisis, insofar as there is a crisis, is the crisis in America of poverty, unemployment, racism and the like. Is that not really true?

**Dr. Wilson:** It may be. I cannot comment on that. I do not know.

**Dr. Tate:** It is hard to say. It is difficult to generalize from the United States to Canada. I think some of the generalizations apply and some do not.

**Mr. McCurdy:** That is right. That is the next point. Is there, or is the situation in Canada in respect to that context, comparable with the United States in terms of the frequency of heroin addiction, particularly heroin addiction?

**Dr. Wilson:** There is very little heroin in Canada relative to the United States.

**Mr. McCurdy:** I am sorry?

**Dr. Wilson:** There is very little heroin abuse in Canada compared with the United States, and it is almost all limited to port cities in Canada, particularly Toronto and Vancouver. We see very little heroin in Ottawa.

**Mr. McCurdy:** So given that addiction of any sort, alcoholic addiction, addiction to heroin or addiction to valium are serious problems, and understanding that there are problems that need to be addressed, would you be driven to describe the situation as a crisis in Canada?

**Dr. Wilson:** I have never described it as a crisis, no.

**Mr. McCurdy:** Pardon?

**Dr. Wilson:** I have never described it as a crisis I do not think.

**Mr. McCurdy:** There are those who have.

**Dr. Wilson:** Lots of people have, sure. I mean, there are many definitions of a crisis. I do not really know what one means by a crisis.

**The Chairman:** One more question, Dr. McCurdy, and then we will move on.

**Mr. McCurdy:** Let us go to an interesting question that has been suggested among possibilities for questions. I will just read it to you and then you can deal with it. Where do people start taking drugs? Do they start with cigarettes and go on inexorably to alcohol?

**The Chairman:** Are you worried?

**Mr. McCurdy:** Then marijuana? And then on to hard drugs? And then on to cocaine and heroin? And this is something you often hear, the notion that one is an inexorable cause of the other. What is your comment on that?

**Dr. Wilson:** There is no evidence that one leads to the other. There is no hard evidence that people . . . The problem is that people who become heavy narcotics users almost all begin smoking marijuana simply because marijuana is almost

[Traduction]

**M. McCurdy:** En particulier aux États-Unis. Si l'on veut savoir où l'on consomme de l'héroïne ou du crack, on s'aperçoit en général que c'est dans les quartiers les plus pauvres des villes américaines. Donc, la véritable crise, dans la mesure où il y a une crise, se situe dans l'Amérique de la pauvreté, du chômage, du racisme, etc. N'est-ce pas en fait cela?

**Dr. Wilson:** C'est possible. Je ne puis répondre. Je ne sais pas.

**Dr. Tate:** C'est difficile à dire. Il est difficile de généraliser. Les situations ne sont pas toujours les mêmes aux États-Unis et au Canada.

**M. McCurdy:** C'est exact. C'est justement là que je voulais en venir. La situation est-elle, au Canada, comparable à celle des États-Unis pour ce qui est de la consommation d'héroïne en particulier?

**Dr. Wilson:** Il y a comparativement très peu d'héroïne au Canada.

**M. McCurdy:** Pardon?

**Dr. Wilson:** La consommation d'héroïne au Canada est très faible par rapport à ce qu'elle est aux États-Unis et est pratiquement limitée aux villes portuaires, en particulier à Toronto et à Vancouver. Il y en a très peu à Ottawa.

**M. McCurdy:** Donc, étant donné que la taxicomanie, quelle qu'elle soit, qu'il s'agisse d'alcoolisme, d'héroïne ou de valium, est un problème très grave—et il y a un certain nombre de problèmes sur lesquels il faut se pencher—seriez-vous porté à qualifier de crise la situation que nous avons au Canada?

**Dr. Wilson:** Non, je n'ai jamais parlé de crise.

**M. McCurdy:** Pardon?

**Dr. Wilson:** Je n'ai jamais, je crois, parlé de crise.

**M. McCurdy:** D'autres l'ont fait.

**Dr. Wilson:** Bien sûr, beaucoup. Mais tout dépend de ce que l'on appelle crise. Je ne sais pas exactement ce que l'on entend par là.

**Le président:** Dernière question, monsieur McCurdy, car il nous faut passer au prochain.

**M. McCurdy:** Passons à une question intéressante que l'on nous a suggérée. Je vais me contenter de vous la lire, et vous pourrez y répondre. Où commence la toxicomanie? Les gens commencent-ils par la cigarette, pour arriver inexorablement à l'alcool?

**Le président:** Êtes-vous inquiet?

**M. McCurdy:** Puis à la marijuana? Et ensuite aux drogues fortes? Pour passer après à la cocaïne et à l'héroïne? Car on entend souvent dire que l'une est inexorablement la cause de l'autre. Qu'en pensez-vous?

**Dr. Wilson:** Rien ne prouve que l'une mène à l'autre. Il n'a jamais été véritablement établi que l'on . . . Le problème est que ceux qui consomment beaucoup de stupéfiants commencent presque tous par la marijuana, tout simplement parce

## [Text]

ubiquitous and so the chances of finding a narcotics user who does not say that he started with marijuana is quite unlikely.

Just to get back to your question about the crisis, now that I think of it, I would say yes. I have a personal crisis in addictions treatment right now. Now I can only speak from my own treatment milieu. When I was in Los Angeles I was involved with programs in both Los Angeles and San Diego. I had a crisis there, and when I was in Winnipeg before I came to Ottawa I had a crisis there, and I have a crisis here right now. And my crisis is simply the fact that I have more people coming to treatment than I can treat. We are turning people away. We do not have enough beds to treat those people. So from my point of view I think there is a crisis.

**Mr. McCurdy:** But you face the same crisis as almost every social agency dealing with every social problem there is in the country—

**Dr. Wilson:** That is probably true.

**Mr. McCurdy:** —from health to welfare to food lines and so on.

**Dr. Wilson:** Sure.

**The Chairman:** Thank you, Dr. McCurdy. We will come back for another round if you like. Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman. Welcome to our witnesses, particularly one of them, Doug Tate. I have not seen you for a long time, Doug, since we played baseball together in Alta Vista.

**Dr. Tate:** That is right.

**An hon. member:** He went to school with everybody.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I guess there has been a lot of water under the bridge since we hung up our bats and our cleats. And I am not aging, Howard, but when Doug and I were teenagers the big drugs on the market those days were aspirins and cough syrup.

**Dr. Tate:** And we were not into those either.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** How things have changed. I am concerned about . . . We are talking about a very serious topic here, and I think Howard touched on the word epidemic which the Prime Minister used in September when he spoke in the west. President Reagan referred to it in the same vein.

• 1935

Would you use that word “epidemic”, either of you? Or on a scale of 1 to 10, 10 being the highest, where would you rate the illicit drug problem, in a broad sense, in Canada today?

**Dr. Tate:** I do not think I would call it epidemic. It is probably alcohol abuse that is epidemic. It depends on what the criteria would be for “epidemic”. The statistics are that about 4% to 7% of the adult population of Canada have

## [Translation]

qu'elle est presque omniprésente, si bien qu'il est très rare qu'un toxicomane n'ait pas commencé par la marijuana.

Pour revenir à votre question à propos d'un état de crise, je vous répondrai finalement par l'affirmative. Je connais actuellement une crise personnelle dans le traitement de la toxicomanie. Je ne puis évidemment parler que de mon propre milieu. Lorsque j'étais à Los Angeles, je m'occupais de programmes à la fois à Los Angeles et à San Diego. J'avais une crise là-bas, et lorsque je suis allé à Winnipeg, avant de venir à Ottawa, c'était également la crise, tout comme ici aujourd'hui. Or, c'est simplement que j'ai plus de gens qui viennent se faire traiter que je ne puis en traiter. Nous refusons du monde. Nous n'avons pas suffisamment de lits pour les traiter. Donc, de mon point de vue, il y a effectivement une crise.

**M. McCurdy:** Mais c'est la même crise que celle que traverse pratiquement tout organisme social s'occupant d'un problème ou d'un autre . . .

**Dr. Wilson:** C'est probablement vrai.

**M. McCurdy:** . . . qu'il s'agisse de la santé nationale, de l'assistance sociale, des soupes populaires, etc.

**Dr. Wilson:** Certainement.

**Le président:** Merci, monsieur McCurdy. Nous vous redonnerons la parole tout à l'heure, si vous le voulez. Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président. Bienvenue à nos témoins, et en particulier à Doug Tate. Je ne l'ai pas vu depuis longtemps, depuis que nous jouions ensemble au baseball à Alta Vista.

**Dr. Tate:** C'est exact.

**Une voix:** Il est allé à l'école avec tout le monde.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Beaucoup de choses se sont évidemment passées depuis cette époque. Et je ne vieillis pas, Howard, mais lorsque Doug et moi étions adolescents, les drogues dont on parlait, c'était l'aspirine et le sirop contre la toux.

**Dr. Tate:** Et nous n'en consommions pas non plus.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les choses ont bien changé. Ce qui m'intéresse . . . Nous parlons là d'un sujet très sérieux, et je crois que Howard a fait allusion au mot «épidémie» qu'a utilisé le premier ministre en septembre, lors d'un discours qu'il a fait dans l'Ouest. Le président Reagan en a également parlé.

Parleriez-vous vous-même d'«épidémie»? Sur une échelle de un à dix, considérant que dix est le niveau supérieur, où situeriez-vous le problème des drogues illicites au Canada aujourd'hui?

**Dr. Tate:** Je ne pense pas que je parlerais d'épidémie. L'alcoolisme est probablement l'épidémie. Tout dépend des critères utilisés pour définir l'«épidémie». Les statistiques révèlent que de 4 à 7 p. 100 de la population adulte canadienne



## [Texte]

alcohol-abuse problems. So illicit drugs probably represent a much smaller proportion of the population. Let us suppose illicit drug problems represent 1% to 2% of the adult population. I do not know whether you would call that an epidemic or not.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I guess proportionately it is increasing. I think we are seeing signs of that with the increased demands for... your patient loads. As Mr. McCurdy said, it is not unusual—

**Dr. Tate:** Right. Cocaine use has definitely gone up. So that might be—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The indicator.

**Dr. Tate:** Yes, one indicator in that area.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** There seems to be a greater social-acceptance level for the use of cannabis now, and hash and marijuana. Do you think it would be wise for the government to think of perhaps legalizing that, lessening the seriousness of having it in the Criminal Code?

**Dr. Tate:** No. This relates really to that question about the supply side. To focus only on supply is probably too narrow a way of trying to cope with these problems. It probably should be a multi-pronged thing. But there is lot of evidence that supply affects the usage of a substance in a population; and the more people who use, the more people who have abuse or addiction problems. Back in the days of prohibition, the number of alcohol problems went down, until the speak-easies and rum-running and so on got going.

The indication that cocaine abuse has gone up is probably quite highly related to its availability. You cannot have drug problems unless they are available. The same thing goes with alcohol.

Availability is affected by a variety of factors, such as the number of sources, cost, disposable income that people have, and so on. I think the availability of drugs and factors that affect it are some of the things that will affect the use.

The other thing is attitudes and knowledge about substances. People come to us for alcohol and drug-abuse problems. They are very often incredibly naïve about the substances, and they have been living in drug subcultures, and alcohol... heavy drinking subcultures, so it may even be that the general population is even more naïve about the substances. So some of the myths and misunderstandings that people have probably contribute to their use of the substances. For example, alcohol is typically thought of as a beverage or a food rather than a drug, and it is only recently that people started to realize it is in fact a drug.

So I think education and things that reduce the accessibility or availability, and cultural attitudes... the attitudes towards driving and drinking have changed dramatically. In the 1960s some of the things that are going on now would have been

## [Traduction]

connaît des problèmes d'alcoolisme. Pour les drogues illicites, le pourcentage est probablement beaucoup plus faible. Supposons que cela représente de 1 à 2 p. 100 de la population adulte. Je ne sais pas si vous qualifieriez cela d'épidémie ou non.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Proportionnellement, cela semble augmenter. Le fait que vous avez de plus en plus de demandes en est une preuve. Comme le disait M. McCurdy, il n'est pas inhabituel...

**Dr Tate:** C'est vrai. La consommation de cocaïne a certainement augmenté. C'est donc peut-être...

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Un indicateur.

**Dr Tate:** Oui, dans ce domaine.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il semble que la consommation de cannabis soit devenue socialement plus acceptable, de même que celle de haschich et de marijuana. Pensez-vous qu'il serait sage que le gouvernement envisage de légaliser ces drogues, de diminuer la gravité de cette infraction, qui figure au Code pénal?

**Dr Tate:** Non. Cela revient en fait à la question de l'approvisionnement. Se concentrer simplement sur l'approvisionnement ne suffira pas à régler le problème, car il faut probablement envisager la chose de diverses manières, mais il est tout à fait évident qu'il y a une relation entre l'approvisionnement et la consommation d'un produit; plus on en consomme, plus il y a de risques de toxicomanie. Au temps de la prohibition, le nombre de problèmes dus à l'alcool a diminué jusqu'à ce que les bars clandestins et les ventes illégales de rhum, etc., commencent.

Si la consommation de cocaïne a augmenté, c'est très probablement parce qu'elle est plus répandue. On n'a pas de problème de drogue s'il n'y a pas de drogue. Même chose pour l'alcool.

L'approvisionnement dépend d'un certain nombre d'éléments, comme le nombre de sources, le coût, le revenu disponible des intéressés, etc. L'approvisionnement et les facteurs qui déterminent cet approvisionnement ont, à mon avis, une forte incidence sur la consommation de drogue.

Il y a aussi les attitudes et la connaissance des produits. Les personnes que nous recevons pour des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie sont très souvent parfaitement inconscientes des dangers, vivent depuis longtemps dans des milieux où sévissent la toxicomanie ou l'alcoolisme, si bien que c'est à se demander si la population en général n'est pas encore naïve à ce sujet. Certains des mythes et malentendus contribuent probablement à la consommation de ces produits. Par exemple, on considère habituellement l'alcool comme une boisson ou un aliment plutôt que comme une drogue, et ce n'est que récemment que l'on a commencé à comprendre que c'est en fait une drogue.

L'éducation et tout ce qui peut réduire l'approvisionnement, de même que les attitudes culturelles, peuvent changer les choses. Regardez le cas de la conduite en état d'ébriété. Dans les années 60, certaines des choses que l'on fait actuellement



*[Text]*

quite unacceptable. People were much more tolerant of that kind of thing.

So I do not think legalizing would help. I think it would hurt, really.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You speak of supply. Every time there is supply, on the other side of the equation is demand. We do not have much control over the supply side, because we are not great producers in Canada. But the demand side I want to focus on for a minute, particularly with young people.

In an Ottawa paper yesterday, in fact, there was an article on this drug problem, referring to a local high school, where a dealer was able to sustain his own habit in a local high school. His habit was \$1,500 a week, and he sustained that by selling drugs within that local Ottawa high school in 1983 and 1984. There seem to be a tremendous amount of ignorance and apathy on the part of school officials and parents in dealing with this problem.

That is the demand side. I think, as you said just a moment ago, we have to focus more on eliminating that part of it, through education and through perhaps—I want your comments on this—better treatment centres, and more of them, perhaps, and through better law enforcement; i.e., the courts being perhaps a little tougher, and the police being assisted more to eliminate the demand. Is your sense within the national capital area based on your experiences here and, indeed, those in the U.S.? Perhaps you have been in other parts of Canada. Should the government be focusing on the youth element? How should we do that to try to eliminate the demand for the drug?

• 1940

**Dr. Wilson:** There is a major problem with youth in the eastern Ontario region, as you are probably aware. There are several organizations lobbying for treatment for youth, and, in fact, there are no hospital-based or comprehensive treatment programs targeted towards youth. Our programs are all targeted to patients over 18 years of age, and there is literally nothing for youth.

There are two very, very small programs, which are long-term programs and not the concentrated kind of program that we would like to see as initial intervention for youth in this area.

But a second problem arises because we like to think that, whenever there is a problem, if we educate people that will solve the problem. In fact, that is not necessarily the case. There are some studies that have been done that suggest that educating young people—young people in their grade seven, grade eight, grade nine years—about drugs and their effects and that sort of thing actually causes them to use more drugs subsequently than a controlled group that was not educated in the same fashion. There is one school of thought that says that presenting information about drugs to young people in a rather

*[Translation]*

auraient été jugées parfaitement inacceptables. La conduite en état d'ébriété était beaucoup mieux tolérée.

Je ne crois donc pas que l'on améliorerait la situation en légalisant les drogues. Je crois au contraire que ce serait l'aggraver.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** L'autre élément de l'équation est la demande. Il nous est difficile de contrôler l'approvisionnement, car nous ne sommes pas, au Canada, de gros producteurs. J'aimerais toutefois m'arrêter un instant sur la demande, en particulier chez les jeunes.

Hier, dans un journal d'Ottawa, il y avait un article sur le problème de la drogue, à propos d'une école secondaire où un fournisseur parvenait à subvenir à ses propres besoins. Ses besoins s'élevaient à 1,500\$ par semaine, et il y subvenait en vendant de la drogue dans cette école secondaire d'Ottawa en 1983 et en 1984. Il semble que les responsables des écoles et les parents soient affreusement inconscients et parfaitement apathiques.

Il s'agit là de demande. Comme vous le disiez il y a un instant, il faut faire davantage pour l'éliminer, par l'éducation, et peut-être également—j'aimerais avoir votre avis à ce sujet—en ayant de meilleurs centres de traitement, et peut-être même davantage de centres, ainsi qu'en insistant sur la mise en application des lois; peut-être par exemple que les tribunaux pourraient se montrer un peu plus sévères et que l'on pourrait davantage aider la police à éliminer la demande. Ce que vous dites de la situation dans la région de la capitale nationale est sans doute fondé sur votre expérience ici, sur place, aux États-Unis, et sans doute dans d'autres régions du pays. Le gouvernement devra-t-il s'occuper en priorité de la jeunesse? Que doit-on faire pour essayer de supprimer la demande de drogue?

**Dr Wilson:** Il y a un gros problème avec les jeunes de l'Est de l'Ontario, comme vous le savez sans doute. Plusieurs organisations cherchent à créer pour les jeunes des centres de traitement qui n'existent pas en tant que tels. En effet, tous nos programmes sont destinés aux patients âgés de plus de 18 ans, et rien n'est prévu pour les jeunes.

Il existe sans doute deux programmes fort restreints, mais il s'agit de programmes à long terme plutôt que de l'intervention énergique qu'il faut mettre en place pour la jeunesse de la région.

Par ailleurs, nous avons trop souvent tendance à croire qu'il suffit d'informer les gens pour résoudre la plupart des problèmes, ce qui n'est pas toujours le cas. Au contraire, d'après certaines études, il semblerait que le fait d'expliquer aux enfants de septième, huitième et neuvième années quels sont les risques des drogues a pour effet d'accroître le nombre de jeunes qui, par la suite, prennent des drogues, par rapport à un groupe témoin auquel ces explications n'ont pas été fournies. Ainsi, d'après un certain nombre de spécialistes, le seul fait d'expliquer aux jeunes de façon objective et rationnelle les incidences de la drogue semble en légitimer l'usage.

## [Texte]

dispassionate or objective way in some way legitimatizes the use of the drug to the individual.

So where the average grade-seven child would not think of injecting a drug into his arm, if a doctor or a nurse comes to the school and explains that this is what happens to people, it somehow makes it more legitimate. So education is probably not the answer per se.

I think it leads back to one major lack not only in Canada but also in the United States, and that is the lack of funds for research into identifying high-risk individuals. I think there is enough evidence for a genetic basis to alcoholism, and there is some indirect evidence that suggests that it may also apply to addiction to other things, such as eating disorders and substance abuse, that we should be looking to identify those individuals who are at high risk for subsequent development of addiction. We should be targeting our educational resources to those people. We should perhaps not be encouraging the other people to use drugs, but simply focusing on people who are at very high risk.

In this area, in Canada, in general, there is very little in the way of funds available for this kind of research. As I say, there is no treatment at all for adolescents in the eastern Ontario region. In fact, in all of Canada, I do not know of any comprehensive large-scale programs for youth.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I want to go on to the compulsory testing issue. It has arisen constantly. We see it particularly in the world of professional sport—more in the U.S. but recently in Canada. I wonder what your senses are on the thoughts towards initiating compulsory testing—at this point to perhaps prospective employees or employees seeking employment in certain large companies where there is a high risk security factor. I am thinking of the recent train collisions, where it was demonstrated that the engineer was under the influence of a drug. What about all public people at the municipal levels, provincial levels and federal levels, and military people, police officers, firemen?

Do you think we should be heading towards that compulsory testing route for people like myself, for example, or decision-makers?

**Dr. Tate:** I would be leery of that idea. Generally speaking, for employers and supervisors and employee assistants, personnel and so on, the rule of thumb is that you go by the person's performance. If that person's performance is debilitated, then you focus on that—it is probably related to drug use—rather than on the drug use itself. That is safer grounds for people to approach. It is a more legitimate grounds for you to approach somebody.

The whole business of testing sort of smacks of a witch hunt, and I think there is a lot of risk taken there. For certain occupations where the risk—for example, pilots—of their using drugs is quite high, it might be a tenable thing to do. But as a general rule, I am sort of leery of the whole thing.

Most of our comments have been about people who have addiction or substance-abuse problems, and that is a segment

## [Traduction]

Alors que normalement un écolier de septième n'aurait pas l'idée de se droguer, si un médecin ou une infirmière viennent en classe expliquer les risques, il semblerait que la drogue devient par le fait même en quelque sorte plus légitime. Les campagnes d'explication ne constituent donc pas une réponse à tout.

Au Canada, aussi bien qu'aux États-Unis, nous manquons de fonds pour repérer les individus à risques. Nous avons déjà des preuves comme quoi l'alcoolisme a, dans une certaine mesure, un fondement génétique, ce qui pourrait également être vrai d'autres toxicomanies, ainsi que des désordres alimentaires. On devrait donc chercher à repérer les individus à risques, qui devraient être les cibles privilégiées de nos campagnes d'explication.

Or, il n'y a pratiquement pas de crédits, au Canada, pour ce type de recherche. Ainsi, dans l'Est de l'Ontario, il n'existe aucun centre de traitement pour les adolescents. D'ailleurs, à ma connaissance, il n'existe pas de centre de traitement antidrogues destiné plus particulièrement à la jeunesse au Canada.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je voudrais maintenant passer au problème des tests obligatoires dont il a beaucoup été question ces temps-ci, plus particulièrement dans le domaine du sport professionnel, aux États-Unis, et récemment également au Canada. Je voudrais savoir quel est votre avis au sujet de l'instauration de tests obligatoires pour les personnes cherchant un emploi dans des entreprises où le facteur risque est important. Ainsi, lors d'un récent accident de chemin de fer, il a été prouvé que le conducteur était sous l'empire de l'alcool. On pourrait faire subir des tests à tous les agents du secteur public, au niveau municipal, provincial et fédéral, ainsi qu'aux membres des forces armées, aux agents de police et aux pompiers.

Les décideurs, comme les parlementaires par exemple, devraient-ils, à votre avis, être assujettis à ce genre de tests?

**Dr. Tate:** Personnellement, je ne suis pas partisan de ce genre de tests. En principe, les gens doivent être jugés en fonction de la qualité de leur travail. Si le travail se ressent de l'utilisation d'une drogue, certaines mesures peuvent être prises. C'est de cette façon qu'il faut, à mon avis, aborder le problème.

Il faut se garder d'instaurer une chasse aux sorcières en obligeant les gens à subir des tests. Ce serait peut-être valable pour des métiers à hauts risques, tels les pilotes. Mais en général, je ne pense pas que ce soit une bonne idée.

La plupart des gens qui se droguent sont des personnes qui ont tendance à faire mauvais usage de certaines substances.



*[Text]*

of the population that use the drugs. There are many, many people who use marijuana and cocaine, and they do not end up with serious problems. They do not request treatment or seek treatment. They never show up in the system we work in.

• 1945

But there is a minority who do have problems, and those are the ones we work with. This is one of the high-risk target groups Dr. Wilson was referring to. They tend to come from families with a background of alcoholism or drug addiction and so on. So that would be one of the target groups; but, just taking the entire population or certain occupations—I am not sure about that.

**Dr. Wilson:** I would just like to add one thing. There is a problem from time to time. We often see someone who is referred to us by an employee assistance program who is in a high-risk job—driving a gasoline tanker, for example—and who is suspected of continuing use of alcohol or drugs or whatever it happens to be. When the person comes in, it is very hard to pin him down because, as you know, alcohol is broken down very quickly in the body. So, if he has not had a drink within the last few hours, it is not likely to show up in any of his bodily fluids. The person denies using the substance. The employers know that he is using it, but it is all hearsay evidence. One of the union members says that he can smell it on him, or that he is using a lot of after-shave lotion, which he only uses when he has been drinking, and things like that. Actually nailing somebody down is sometimes a real problem.

How you get around that I think is a different question, but it has to do with screening of people. Once there is a risk for an individual, when a person has been identified as having a problem or is identified in some way as likely to have a problem, then perhaps you have to confront the individual and tell him that if it recurs you will have to do some random drug screening or whatever.

**The Chairman:** We are ready for a second round. Mr. White, are you . . . ?

**Mr. White:** I just have one more question, if I could.

A lot of the concern when we talk about illicit drug use is the crime that usually goes hand in hand with it. In your centre, do you see many who have been convicted of drug-related crimes?

**Dr. Tate:** We see quite a few. When we say that 17% of our patients have been in jail in the last year, that is probably a higher rate than the people in this room, I would hope. It is quite a bit higher, and 13% have outstanding charges. We get a number of people referred to us whom we do not really accept for treatment because we are suspicious about their motivation, and frequently these people currently have serious legal charges.

But, for cocaine and hashish, I think I am correct in saying that most of our patients who are heavily involved with those drugs have been in trouble with the law usually, and they usually are trafficking in the drug, especially cocaine. It is very rare to find a user who is not trafficking because you cannot support your habit once your tolerance builds up a bit and

*[Translation]*

Or, parmi les nombreuses personnes qui prennent de temps à autre de la marijuana ou de la cocaïne, beaucoup n'éprouvent pas de problèmes graves et ne cherchent donc pas à se faire soigner. Ils ne viennent jamais nous consulter.

Nous ne traitons que la minorité pour laquelle les drogues sont un problème. C'est ce groupe-risque que le docteur Wilson évoquait. La plupart d'entre eux viennent de familles d'alcooliques ou de toxicomanes. Il faudrait donc s'occuper en priorité des groupes à risques, et non pas faire subir des tests à l'ensemble de la population ou à certains corps de métiers.

**Dr Wilson:** Je voudrais vous signaler un autre problème. On nous envoie de temps à autre une personne dont le métier en lui-même est dangereux, par exemple le chauffeur de camion-citerne transportant de l'essence et que l'on soupçonne d'être alcoolique ou toxicomane. Or, quand cette personne arrive chez nous, il est difficile de constater quoi que ce soit, car l'alcool est éliminé très rapidement, comme vous le savez. S'il n'a pas bu depuis plusieurs heures, les analyses ne serviront à rien. L'intéressé refuse de reconnaître qu'il boit, alors que le patron en est tout à fait certain, même si ce n'est que par ouï-dire. D'autres vous diront qu'il sent souvent la boisson, ou encore qu'il s'inonde de lotion après-rasage pour masquer l'odeur de l'alcool, ce qui n'empêche qu'il est très difficile d'obtenir des preuves probantes.

C'est, à mon avis, à l'embauche qu'il faut essayer de dépister les personnes à risque. Lorsqu'un problème de ce genre se pose, il faut confronter l'intéressé et lui dire qu'en cas de récurrence, on sera obligé de faire des tests aléatoires parmi le personnel.

**Le président:** Nous allons maintenant entamer le deuxième tour. Monsieur White.

**M. White:** Je voudrais poser encore une question.

Le problème, avec la drogue, c'est que souvent, la toxicomanie entraîne le crime. Est-ce que vous avez traité beaucoup de gens condamnés pour des délits imputés à la toxicomanie?

**Dr Tate:** Certainement. Ainsi, l'an dernier, 17 p. 100 de nos patients ont fait de la prison ce qui est certainement bien au-dessus de la moyenne, et 13 p. 100 de nos patients ont été inculpés de divers délits. Nous refusons d'ailleurs de traiter certaines personnes qui nous sont envoyées, car nous nous méfions des raisons qui les amènent à se faire traiter, ces personnes étant poursuivies pour des délits graves.

La majorité de nos patients qui consomment de la cocaïne et du haschich ont eu maille à partir avec la justice; surtout en ce qui concerne la cocaïne, il s'agit généralement de trafiquants de drogue. On trouve rarement un toxicomane qui ne fasse pas du trafic de drogue, car, étant donné le coût de la cocaïne, ces gens sont pratiquement obligés de faire du trafic pour se la



[Texte]

your use increases. Because of the cost, you really have to traffic in the stuff in order to keep it up. So most of our cocaine people are trafficking and a great percentage of the hash users we see who are addicted to hash are trafficking.

**Mr. White:** You mentioned that most of the users are traffickers. Looking at the other side, in your opinion are most of the traffickers actual users of the drugs themselves?

**Dr. Tate:** I have never heard of a trafficker who did not use.

Have you?

**Dr. Wilson:** No.

**Dr. Tate:** There is probably one out there, but we do not know his name.

**Dr. Wilson:** We would never see a trafficker who did not use because they would not come into treatment if they were not using.

**Mr. White:** Yes.

**Dr. Wilson:** But, from what we understand, most of at least the lower-level traffickers are users. Whether at the higher end they are I have no idea.

**Mr. White:** Thank you.

**The Chairman:** Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** I am just going to tell you guys and give you a lesson: when you come to this place you are too honest. A couple of us asked you if there is an epidemic. You say, well, no—but then you sort of go the other way and you say that in the eastern part of Ontario you do not have this or that facility. So you are sort of counteracting what you are saying: no, there is not really an epidemic; but, yes, there is because we do not have the facilities, we do not have anything for ages . . . I sort of think you have.

In a big city like this, being so populated it is not like where I come from, a little area. I said to the previous meeting we had: go to the six- and seven-year-old kids in lower schools; they will tell you the pushers and exactly what drugs these guys are pushing. My kids say . . . like speed—and is it acid? They know who is pushing what.

I think we have to start there; but, just quickly, I am going to get on with what Barry had asked because I had asked this at previous meeting we had. I am a smoker and the worst thing that can do to you is kill you slowly, which is bad for your health. But you are telling me—

• 1950

**An hon. member:** Especially when you die.

**Mr. Mantha:** And you stop, too; there is no smoking in here. Anyway, it takes a long time to put you out of your misery.

But what I am saying is let us go the other way. You are telling me that I cannot smoke because it is bad for your health. Why cannot I say that—when I get on a bus, the people who are working, not just airplane pilots, anybody in

[Traduction]

payer. Donc, la majorité des personnes qui prennent de la cocaïne et du haschich sont en même temps des trafiquants.

**M. White:** Est-ce que la plupart des trafiquants prennent eux-mêmes de la drogue?

**Dr Tate:** Je n'ai jamais entendu parler d'un trafiquant qui ne se drogue pas.

Et vous?

**Dr Wilson:** Moi non plus.

**Dr Tate:** Ils doivent être fort rares.

**Dr Wilson:** Un trafiquant qui ne serait pas lui-même un drogué ne viendrait pas se faire soigner.

**M. White:** En effet.

**Dr Wilson:** La plupart des petits trafiquants se droguent, paraît-il. Je ne sais pas ce qu'il en est des gros trafiquants.

**M. White:** Merci.

**Le président:** Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Je trouve que nos témoins ont tendance à être trop pointilleux. Un de nos collègues vous a demandé s'il y avait effectivement une épidémie. À quoi vous avez répondu que non, tout en ajoutant que dans l'Est de l'Ontario, rien n'était prévu pour soigner les gens. Donc, vous semblez vous contredire.

La situation dans une grande ville comme ici diffère sensiblement de la petite agglomération où j'habite. Ainsi que je l'ai expliqué lors d'une précédente réunion, les écoliers de six et sept ans ne demandent pas mieux que de vous signaler qui sont, parmi eux, les trafiquants de drogue et quelles drogues ils essaient de vendre, qu'il s'agisse de d'amphétamines ou d'acide.

Je voudrais maintenant revenir à une question que j'ai déjà posée lors d'une précédente réunion. Moi, je suis un fumeur; or, le tabac tue ses victimes à petit feu.

**Une voix:** C'est surtout mauvais pour la santé lorsqu'on en meurt.

**M. Mantha:** Il est interdit de fumer dans la salle. Donc, comme je le disais, on en meurt à petit feu.

Vous voulez m'interdire de fumer parce que c'est mauvais pour votre santé. Pourquoi ne pourrait-on pas interdire l'usage des drogues aux personnes qui, dans le cadre de leur travail, risquent à cause de la drogue de tuer des gens? Pourquoi ne

[Text]

general, there is that one chance of killing a bunch of us because they are on different drugs. Why can we not do the same as the seatbelts? If I am working for a company and they say to me that I have to take a drug test, I will take it. I am just saying that what we are doing with the smoking, why do we not have the test?

**Dr. Wilson:** I personally do not know why we have not outlawed smoking, so I am not—

**Mr. Mantha:** You do not know why we have not?

**Dr. Wilson:** Why we have not. I do not know why anybody is allowed to buy cigarettes legally.

**Mr. Mantha:** Yes, but that is what I am saying, we are barring people from smoking all over the place.

**Dr. Tate:** So you are saying we are becoming more restrictive about something as accepted as smoking, so why can we not be restrictive about—

**Mr. Mantha:** Yes. Smoking does not kill anybody; it is a long-term effect. But to get onto a bus—everybody in town knows there are bus drivers on drugs. I know it is hearsay. I am just saying, why do we not have drug testing in this country? In the long run, if we can keep people out of rehab centres, drug treatment centres, you save money.

**Dr. Wilson:** It is a political question in many ways. But one of the other problems is who is going to take the... ? For example, if you want to measure certain things like cannabinoids, you really have to take blood samples. So who is going to take the blood samples? Is the medical profession going to take blood samples on people as a routine matter of course? In fact, that is not something that physicians like to do. We normally take blood when we need it for some indication. I think it is a very political decision, and I am not sure who would take responsibility or who would want to do that. I certainly would not want to do that routinely.

**Mr. Mantha:** What we have to do is get into the lower schools, though.

**Dr. Wilson:** Yes, absolutely.

**Mr. Mantha:** That is all, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you. Dr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** Well you know, the only difference between a lot of the kids and Members of Parliament is that you do not say I am going for a fix when you go to the bar.

Why do we not just go back to a question Mr. Turner asked, and that is with respect to studies on youth who have been exposed to educational programs on illicit drugs? In answer, you said there was some evidence this perhaps stimulated them to try drugs, as youth are inclined to try a lot of things. In that however, was there any differentiation among what drugs were tried? Was there an equivalent pursuit of heroin as compared to, for example, marijuana?

**Dr. Wilson:** I cannot remember the details of the study. I do not believe heroin was studied in those studies. I think it was cocaine and cannabinoids. I am not 100% sure. It has been a while since I read the studies.

[Translation]

pas prendre des mesures coercitives comme on l'a fait avec les ceintures de sécurité dans les voitures dont le port est devenu obligatoire? Personnellement, je ne refuserais certainement pas de subir un test si je travaillais pour une entreprise. Puisqu'on peut interdire de fumer, pourquoi ne pas imposer des tests?

**Dr. Wilson:** Je ne comprends pas, pour ma part, pourquoi le tabac n'a pas encore été interdit.

**M. Mantha:** Vous ne savez pas du tout?

**Dr. Wilson:** Non, je ne comprends pas pourquoi la vente du tabac est toujours permise.

**M. Mantha:** Oui, mais il est interdit de fumer dans toutes sortes d'endroits.

**Dr. Tate:** Puisque l'interdiction de fumer semble prendre de plus en plus d'ampleur, vous voudriez qu'on en fasse autant avec d'autres drogues.

**M. Mantha:** Oui, d'autant que la fumée ne tue pas instantanément mais à long terme. Or, il y a des conducteurs d'autobus qui se droguent et je ne vois donc pas pourquoi des tests de dépistage ne seraient pas obligatoires. En réduisant le nombre de personnes à traiter, on réaliserait des économies.

**Dr. Wilson:** Il s'agit en fait d'un problème politique. À qui ferez-vous d'ailleurs subir ce test? Pour savoir si une personne prend du cannabis, il faut procéder à des analyses de sang, ce qui exige des prises de sang. Or, les médecins n'aiment pas beaucoup l'idée d'avoir à faire des tests de routine car normalement, nous faisons des prises de sang uniquement lorsqu'il y a un problème de santé. Il s'agit donc d'une question éminemment politique et pour ma part, je n'ai pas la moindre envie d'avoir à faire des tests de ce genre.

**M. Mantha:** Il faut expliquer les faits aux enfants dès les classes primaires.

**Dr. Wilson:** Absolument.

**M. Mantha:** C'est tout, monsieur le président.

**Le président:** Merci. Monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** La différence entre les jeunes et les députés, c'est que lorsque nous allons prendre un verre au bar, nous ne disons pas que nous allons prendre une dose.

En réponse à une question de M. Turner au sujet des jeunes à qui on avait essayé d'expliquer les effets de la drogue, vous disiez que cela avait souvent pour effet de les encourager à essayer la drogue, car les jeunes sont enclins à tout essayer. Je voudrais néanmoins savoir si ces études font une distinction entre les différents types de drogues et notamment quels sont les nombres relatifs des jeunes prenant de l'héroïne par rapport à la marijuana.

**Dr. Wilson:** Je ne me souviens plus des détails de cette étude. Mais je crois me souvenir qu'il n'était pas question d'héroïne dans cette étude, mais uniquement de cocaïne et de cannabis. Cela fait un certain temps déjà que j'ai lu cette étude.

[Texte]

**Mr. McCurdy:** Could that have been because the educational programs could not have said that marijuana or hashish was physically addicting; that the studies on its long-term effects are ambiguous; that in fact it is less addictive than alcohol; that in the observation of almost any kid there are a hell of a lot more people who are arrested for fighting, killing, either with guns, knives, or automobiles, after alcohol than cannabis?

**Dr. Wilson:** It could well have been.

**Mr. McCurdy:** I think what it says is it is very possible that even teenagers are capable of making judgments about what is immediately dangerous and what is not. This goes on of course to the question of demand and the cutting of demand as a means of combatting the use of illicit drugs.

There is another subsidiary question I would like to ask you. As compared to cannabis, how would you rate such things as valium, speed, and some of the other psychotropic drugs in terms of their addictive qualities and physically harmful qualities as compared with, say, marijuana?

• 1955

**Dr. Wilson:** Pharmaceuticals are generally safer from a physical point of view simply because they have been tested by phases 1 to 3 of the Bureau of Dangerous Drugs or the FDA and they have been found not to cause organ-specific damage in rats and whatever. So they tend to be safer physically in that they do not cause liver disease, such as alcohol does, or cause rapid increases in blood pressure as do stimulant drugs.

**Mr. McCurdy:** As which?

**Dr. Wilson:** As stimulant drugs such as cocaine or amphetamines or whatever. So, in that sense, most prescription drugs are somewhat safer from a physical point of view.

**Mr. McCurdy:** But amphetamines are prescription drugs.

**Dr. Wilson:** Yes, they are and they are not. They are prescription drugs only in theory.

**Mr. McCurdy:** They are and they are. Chloramphenicol is a prescription drug and it can kill you in a week.

**Dr. Wilson:** Yes, but they are controlled prescription drugs and there is a difference. I mean, heroin is a prescription drug too if you really want to argue the point, but in fact it is not widely used as a prescription drug and it is a highly controlled prescription drug, as are the amphetamines.

**Mr. McCurdy:** Yes, but I am not talking about this in the illicit market, really.

**Dr. Wilson:** But talking about a drug like valium, valium is a very safe drug. In fact, it is probably the safest—

**Mr. McCurdy:** Do you mean to tell me that alcohol is worse than all of those?

**Dr. Wilson:** Absolutely. No question in my mind that alcohol is worse than any of those.

[Traduction]

**M. McCurdy:** Ces résultats seraient peut-être dus au fait qu'on ne pouvait pas dire aux jeunes que la marijuana ou le haschich créait une accoutumance, les résultats des études à long terme sur ces deux drogues étant ambigus. D'ailleurs la marijuana et le haschich créeraient moins d'accoutumance que l'alcool et n'importe quel enfant vous dira que le nombre de délits provoqués par l'alcool n'a aucune commune mesure avec celui des délais provoqués par le cannabis.

**Dr. Wilson:** C'est bien possible.

**M. McCurdy:** Les adolescents sont tout à fait à même de faire la différence entre ce qui est dangereux et ce qui ne l'est pas. Pour lutter contre l'usage des drogues, il faut commencer par réduire la demande.

Je voudrais aussi vous poser une autre question. Comparés au Valium et à d'autres médicaments psychotropes, le cannabis et la marijuana créent-ils plus ou moins d'accoutumance et sont-ils plus ou moins dangereux pour la santé?

**Dr. Wilson:** Les produits pharmaceutiques sont moins dangereux pour la bonne raison qu'ils ont subi les phases 1 à 3 des tests prévus par le Bureau des drogues dangereuses de la FDA aux États-Unis et que lors des tests sur les rats, on n'a pas constaté de lésions sur les organes. Donc, contrairement à l'alcool, qui provoque la sclérose du foie ou à certains stimulants qui augmentent la tension artérielle, la plupart des médicaments n'ont pas d'effets secondaires aussi graves.

**M. McCurdy:** De quels stimulants parlez-vous?

**Dr. Wilson:** De stimulants telles la cocaïne ou les amphétamines. La plupart des médicaments délivrés sur ordonnance sont donc moins dangereux.

**M. McCurdy:** Mais on obtient justement les amphétamines sur ordonnance.

**Dr. Wilson:** En théorie seulement.

**M. McCurdy:** Même s'il faut une ordonnance pour se procurer du Chloramphénicol, on peut en mourir au bout d'une semaine.

**Dr. Wilson:** Ce sont quand même des médicaments contrôlés, ce qui fait toute la différence. Vous pourriez dire que l'héroïne est également un médicament délivré sur ordonnance alors qu'en réalité on s'en sert peu en tant que médicament et sous contrôle très strict, tout comme les amphétamines.

**M. McCurdy:** Je ne pensais pas au marché illégal de drogues.

**Dr. Wilson:** Le Valium par contre est sans doute le médicament psychotrope le moins dangereux de tous.

**M. McCurdy:** À votre avis l'alcool est plus dangereux que toutes ces drogues?

**Dr. Wilson:** Absolument. À mon avis l'alcool est le pire de tous.



*[Text]*

**Mr. McCurdy:** And yet it is available in every bar. And we tried prohibition with alcohol as a demand-limitation measure; it did not work.

**Dr. Wilson:** Well, it did and it did not. The number of sclerosis-related liver deaths dropped dramatically during prohibition. The number of people dying in hospital from alcohol-related liver disease dropped dramatically and went back up again as soon as prohibition was lifted. So—

**Mr. McCurdy:** Yes, but it did not work in the sense that it was not accepted.

**Dr. Tate:** Yes.

**Dr. Wilson:** That is true.

**Mr. McCurdy:** And so prohibition is not working for us now. Are you recommending prohibition for alcohol, just as we have prohibition for, say, marijuana, which you have described as not nearly as addictive, not nearly as physically harmful and not nearly as contributory to socially unacceptable behaviour?

**Dr. Tate:** We are stuck with alcohol. You know, culturally, we have had it for 8,000 or 10,000 years, but we are not stuck with the other drug, so why take on another problem we do not have to?

**Mr. McCurdy:** We will not get into the estimates of how long alcohol has been around versus cannabis.

When looking at the question that Mr. Turner asked you, is not the most sensible approach to restricting certainly drugs like cannabis to attack the source rather than the user?

**Dr. Wilson:** It would probably have some impact. I think you cannot just do one, but I agree that it would have some impact.

**Mr. McCurdy:** Is there any utility at all in putting a kid who has a couple of joints in his pocket before a court or in jail as a means of control?

**Dr. Wilson:** No.

**Mr. McCurdy:** No. So that the full answer is that in respect to the possession of marijuana, at least, it would be appropriate to decriminalize possession, but not decriminalize sale.

**Dr. Wilson:** I see no medical argument or no psychological argument against that statement, no.

**The Chairman:** Dr. McCurdy, I think we will move on to the next one and come back to you again if you wish. Ms Copps.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, what I might do is defer to Mr. Turner since I have just arrived and I might be repeating some questions and subjects that have already been explored.

**The Chairman:** Fine.

**Ms Copps:** But I would like to go on at the end.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, some of the questions Mr. McCurdy was asking here really were almost bordering on being more appropriate for members of the Justice Committee as opposed to Health and Welfare, because the relationship between the use of illicit drugs is a legal matter. We are trying to figure out how serious is this problem within the national context of the health elements.

*[Translation]*

**M. McCurdy:** Ce qui n'empêche qu'on peut s'en procurer un peu partout. D'ailleurs la prohibition n'a pas fait baisser la demande.

**Dr Wilson:** Ce n'est pas tout à fait juste. Le nombre de morts par sclérose du foie a baissé de façon dramatique pendant la prohibition. Et ce nombre est remonté aussitôt après la fin de la prohibition.

**M. McCurdy:** Mais la prohibition n'a jamais été acceptée par l'opinion.

**Dr Tate:** C'est vrai.

**Dr Wilson:** En effet.

**M. McCurdy:** Est-ce que vous préconiserez l'interdiction de l'alcool alors que la marijuana qui, elle, est interdite, n'est selon vos propres dires de loin pas aussi dangereuse pour la santé que l'alcool; de plus, elle crée nettement moins d'accoutumance et ne prédispose pas aux dérèglements.

**Dr Tate:** L'usage de l'alcool remonte à des milliers d'années, ce qui n'est pas le cas d'autres drogues. Pourquoi créer de nouveaux problèmes?

**M. McCurdy:** Je ne voudrais pas discuter de l'ancienneté relative de l'usage de l'alcool et du cannabis.

Ainsi que M. Turner l'a proposé, ne pensez-vous pas que pour restreindre l'usage de drogues tel le cannabis il faut s'en prendre aux sources plutôt qu'aux usagers.

**Dr Wilson:** Il faut faire les deux en même temps mais s'attaquer aux sources aurait certainement un effet.

**M. McCurdy:** À quoi cela sert-il de traîner en justice ou de mettre en prison un jeune attrapé avec quelques joints dans ses poches.

**Dr Wilson:** Rien du tout.

**M. McCurdy:** Il faudrait donc décriminaliser la possession de la marijuana tout en ne décriminalisant pas la vente.

**Dr Wilson:** Je suis tout à fait d'accord.

**Le président:** Monsieur McCurdy, vous aurez encore la possibilité d'intervenir. Madame Copps.

**Mme Copps:** Comme je viens tout juste d'arriver, et afin d'éviter de poser des questions auxquelles les témoins ont déjà répondu, je vais pour le moment céder mon tour à M. Turner.

**Le président:** Parfait.

**Mme Copps:** Inscrivez mon nom en fin de liste.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les questions de M. McCurdy relèvent plutôt du Comité de la justice que de celui de la Santé, l'usage des drogues illicites étant une question juridique. Nous cherchons pour notre part à délimiter l'ampleur du problème sur le plan de la santé nationale.

**[Texte]**

You mentioned, Dr. Wilson, that you have not enough beds or enough money to do the job right. Can you quantify the level of increase over the last two or three years of the numbers of patients you have had? Has it been going up 20% a year, 40% a year?

**Dr. Tate:** It is hard for us to estimate that because we just have a chronic, long waiting list. The waiting has not got longer, probably not because of the demand but just because it would be utterly ridiculous for anybody to put their name on because, you know, typically, once you get past three months there is no point. People who want help for the problems they are having want it right now. If they have to wait two or three months, some of them will wait but most will not. One of the things, though, is that the more services we have to offer, the more people seek them out. I think if we doubled next week then we would be full and we would have a waiting list. So there is large, untapped, hidden problem out there.

• 2000

I have thought of a couple of other comments I have not made so far. There are several studies in the States—I am aware of about 12 to 14—on the cost-effectiveness of treating people with alcohol and drug problems. They basically show that, even though you may have a significant relapse rate, it is one of the more cost-effective ways to spend your money because people with alcohol and drug problems are heavy users of social and health services and they are the primary clients of the police departments and the courts.

So 20% to 25% of people in the general hospitals have alcohol problems, for example, and 1 out of 10 deaths is directly or indirectly related to alcohol. So when you put your money into the treatment basket, even if you get a one-third recovery rate, the studies in the States that I have seen show that you recover your money rapidly in reduced unemployment, days in hospitals, visits to physicians, time in jail, and so on.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good. Can you quantify the rehabilitation rate then? Is it 30%, 50%?

**Dr. Tate:** It is hard for us to do that because we have not had the extra funding needed to follow up. We did one follow-up study in 1981 with 50 patients, and we had remarkably good results, with about 60% of them abstinent from drugs at six months.

If you look in the literature, by and large you see the rule of one-third, one-third, one-third. That is the most common finding in good treatment centres: that one-third of your people will be abstinent and functioning extremely well on follow-up at a year or two years; one-third will be much improved, having relapsed to some use but doing much better in terms of physical and mental health, drug use, and so on; and one-third will be unchanged or worse. Those are the most common findings of about 300 follow-up studies.

**[Traduction]**

Le docteur Wilson nous a expliqué qu'il ne dispose pas de suffisamment de lits d'hôpitaux ni de crédits pour soigner les drogués. À quel rythme le nombre de patients que vous voyez augmente-t-il depuis deux ou trois ans?

**Dr Tate:** C'est difficile à dire car nous avons toujours une longue liste d'attente. Si ces listes ne s'allongent pas, ce n'est pas faute de demandes mais simplement qu'au bout de trois mois d'attente, la plupart des gens abandonnent tout simplement. Ceux qui ont besoin d'aide pour surmonter leurs problèmes veulent la recevoir tout de suite. S'ils doivent attendre deux ou trois mois, la plupart d'entre eux n'attendront pas. Je vous signale cependant que plus nous offrons de services, plus la demande est grande. Si nous doublions notre capacité la semaine prochaine, toutes nos places seraient prises et nous serions néanmoins obligés de dresser une liste d'attente. Il existe donc un très grand nombre de cas problèmes non repérés et non traités.

J'aimerais maintenant faire quelques commentaires que je n'ai pu placer jusqu'à maintenant. Il existe aux États-Unis plusieurs études—j'en connais douze ou quatorze—sur le rapport coût-efficacité du traitement d'alcooliques et de toxicomanes. Ces études révèlent essentiellement que même si le taux de rechute est élevé, c'est là une des façons les plus efficaces sur le plan des coûts de dépenser les fonds puisque les alcooliques et les toxicomanes sont de gros consommateurs de services sociaux et de santé et qu'ils sont les principaux clients des services de police et des tribunaux.

Ainsi, entre 20 et 25 p. 100 des patients des hôpitaux généraux ont des problèmes d'alcool, par exemple, et un décès sur dix est directement ou indirectement imputable aux abus d'alcool. Par conséquent, lorsque vous investissez dans les programmes de traitements, même si le taux de succès est d'un tiers seulement, les études effectuées aux États-Unis démontrent que cela devient rapidement rentable en raison de la baisse du taux de chômage, du nombre de jours d'hospitalisation, de visites aux médecins, de séjours en prison, etc.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est excellent. Pouvez-vous alors nous donner une idée approximative du taux de réadaptation? Est-il de 30 p. 100, de 50 p. 100?

**Dr Tate:** Nous pouvons difficilement vous donner un chiffre, puisque nous ne disposons pas du financement additionnel nécessaire pour effectuer le suivi. Nous avons effectué un tel suivi en 1981 auprès de 50 patients et les résultats ont été remarquablement encourageants, puisque 60 p. 100 de ces patients n'avaient pas consommé de drogues depuis six mois.

Si vous examinez les publications pertinentes, vous constaterez que la règle d'un tiers, un tiers, un tiers vaut toujours. C'est là la conclusion la plus répandue dans les centres de traitement: un tiers des clients auront cessé de consommer des drogues et fonctionneront très bien au moment du suivi effectué un an ou deux ans plus tard; un tiers d'entre eux auront une santé physique et mentale nettement améliorées et auront réduit leur consommation de drogues et chez le dernier



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We heard last week from two senior officers of the Royal Canadian Mounted Police who have been dealing with drug enforcement for 30 years and they outlined the immensity of this problem on an international level. It is big money—they are big crooks—tremendous amounts of which are used to purchase arms to create instability in developing countries: social, economic and political unrest. Do you think, from your experiences, that the illicit drug users—particularly young people you have dealt with, dealers and traffickers—are aware of the immensity of the international scope of this problem?

**Dr. Tate:** Most of the ones we see . . . No, I do not think so.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** They are just living in their own little world?

**Dr. Wilson:** That is right. I think they are just at the tail end. I really doubt that any of them think even twice about it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Are you both aware of the immensity of the world problem?

**Dr. Tate:** We hear lots of stories which are told to us in confidence, but we are probably less aware than you are after talking to those people from the Mounties.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** Perhaps the committee will indulge the Chair and let me have a couple of questions before I go to Ms Copps.

Do the patients you have in your institution refer themselves voluntarily, or do you get some referred by the courts or other institutions who are required to go there in order to get treatment, wherever they have been referred from?

**Dr. Wilson:** They are sometimes referred from the courts, but we do not allow the courts to dictate who goes into treatment; that is, we normally do not treat people until they have cleared up their court cases. Otherwise, we end up with a long waiting list of people who are simply coming to get a letter from the doctor to take to the judge that they are doing something about their addiction problem, and then they drop out as soon as their charge gets dropped or they get put on probation. But they are referred from the court sometimes. Most of our patients are either self-referred or referred by their own physicians or other organizations involved in alcohol and drug rehabilitation.

**The Chairman:** You made reference to follow-up a moment ago in replying to Mr. Turner. Do you have a follow-up program in your institution, and, just roughly, what is it?

[Translation]

tiers, on remarquera un état inchangé ou empiré. Voilà les conclusions les plus répandues d'environ 300 suivis.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Deux hauts fonctionnaires de la Gendarmerie royale du Canada qui travaillent dans le secteur de la lutte contre l'utilisation de drogues depuis 30 ans nous ont dit il y a deux semaines que ce problème prend des proportions effarantes au niveau international. C'est un commerce prodigieux aux mains de canailles de haut vol qui sert en grosse partie à l'acquisition d'armes destinées à déstabiliser les pays en développement en y suscitant des troubles sociaux, économiques et politiques. D'après votre expérience, croyez-vous que les consommateurs de drogues illicites—particulièrement les jeunes gens, vendeurs et trafiquants que vous avez rencontrés—sont conscients de l'ampleur de ce problème à l'échelle internationale?

**Dr. Tate:** La plupart de ceux que nous rencontrons . . . Non, je ne le crois pas.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ils vivent tout simplement dans leur petit monde à part?

**Dr. Wilson:** C'est exact. Ils existent tout simplement en marge du réseau. Je doute qu'ils aient réfléchi à leur place dans le système.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Êtes-vous tous deux conscients de l'ampleur de ce problème mondial?

**Dr. Tate:** De nombreux faits nous sont relatés sous le sceau du secret mais nous sommes probablement moins conscients de l'ampleur du problème que vous l'êtes après avoir parlé aux agents de la GRC.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** Les membres du Comité accepteraient peut-être que je pose quelques questions avant d'accorder la parole à M<sup>me</sup> Copps.

Les patients que vous rencontrez vous consultent-ils de leur propre initiative ou est-ce que certains d'entre eux vous sont renvoyés impérativement par les tribunaux ou d'autres établissements?

**Dr. Wilson:** Nous voyons parfois en consultation certains patients qui nous sont renvoyés par les tribunaux, mais nous ne permettons pas à ces derniers de nous dicter qui doit être traité; c'est-à-dire que nous ne traitons pas normalement de patients avant que les tribunaux ne se soient prononcés sur leurs cas. Si nous n'agissions pas ainsi, nous nous retrouverions avec de longues listes d'attente sur lesquelles figureraient des gens qui s'adressent tout simplement à nous pour obtenir une lettre du médecin pour prouver au juge qu'ils ont fait des démarches pour régler leur problème de toxicomanie, après quoi ils abandonnent le programme dès que les accusations sont retirées ou qu'ils sont mis en probation. Certains de nos patients nous sont renvoyés par les tribunaux mais la plupart d'entre eux viennent de leur propre initiative ou sur les conseils de leur propre médecin ou d'autres organisations s'intéressant à la réadaptation des alcooliques et des toxicomanes.

**Le président:** En réponse à une question posée plus tôt par M. Turner, vous avez parlé de suivi. Avez-vous dans votre



[Texte]

**Dr. Tate:** It is not one to evaluate our treatment outcome per se—that would be a slightly different task, more of a research task—but the way it is set up is that we see people once a week for the first eight weeks after they leave our intensive four-week program and then we see them at least once a month for the remainder of a year, sometimes more frequently, depending on their needs.

• 2005

So basically we follow people up for a year. We do have patients, occasionally, we are involved with for two or three years, and a certain number drop out before the end of the year and they do not come back. That does not necessarily mean they have relapsed. Sometimes they are doing well and they just do not feel the need to come to see us.

**The Chairman:** Do you not have a longer follow-up because it does not really interest you locally, or is it because you do not have the staff required or you do not have the funds?

**Dr. Tate:** We do not have the staff, and most of the... if people are going to relapse... if you just focus on their drug use, they will usually relapse in the first 90 days. That is where 90% of the relapses occur. Some people relapse after that, but the majority will relapse quite quickly.

**The Chairman:** About your facilities, you have mentioned a waiting list. What is the waiting list, in terms of how many are on it and how long they have to wait?

**Dr. Wilson:** The waiting list is currently about six weeks for residential or day treatment at our Meadow Creek facility. The waiting list is shorter if people are going to come into outpatient programs, but these programs tend not to be as effective or comprehensive.

**The Chairman:** How many people would you have on that six-week waiting list? How many names?

**Dr. Wilson:** The list would be 6 weeks, and we are talking about 22 patients a month, roughly, so we would be talking about 35 patients we would keep on the waiting list at any given time. Incidentally, we opened that program up only two months ago, and we expect that list will be doubled probably within the next month.

**The Chairman:** You think it will be doubled?

**Dr. Wilson:** It will be doubled.

**The Chairman:** My goodness. Well, then, that comes to my next question, which you touched on. You mentioned there were no facilities for helping youth under 18. It looks as though the facilities for people over 18 are also inadequate. Can you give us any kind of a quantification as to what we need, say in your particular catchment area? What more do

[Traduction]

établissement, un programme de suivi et pouvez-vous nous expliquer, brièvement, en quoi il consiste?

**Dr Tate:** Ce programme ne vise pas à évaluer comme tel les résultats d'un traitement, ce qui s'apparenterait davantage à la recherche mais nous recevons en consultation les patients une fois par semaine pendant les huit premières semaines après la fin de notre programme intensif de quatre semaines, et nous les voyons par la suite au moins une fois par mois jusqu'à la fin de l'année, et parfois plus souvent au besoin.

Ainsi, nous suivons essentiellement nos patients pendant un an. Il arrive que nous en suivions certains pendant deux ou trois ans et d'autres en cas abandonnent le programme avant la fin de l'année et ne reviennent pas. Cela ne signifie pas nécessairement qu'ils ont récidivé. Parfois ils récupèrent très bien et ne sentent pas le besoin de revenir nous consulter.

**Le président:** Les périodes de suivi sont-elles si courtes parce que vous ne tenez pas à les prolonger ou parce que vous n'avez pas les ressources humaines ou financières nécessaires?

**Dr Tate:** Nous n'avons pas le personnel nécessaire et, ceux qui se remettent à consommer des drogues, le font habituellement dans les 90 premiers jours. C'est au sein de ce groupe que surviennent 90 p. 100 des rechutes. Certains cas de récidive se produisent beaucoup plus tard mais la majorité des cas de rechute surviennent beaucoup plus rapidement.

**Le président:** Vous avez dit, en parlant de votre capacité d'accueil, que vous aviez une liste d'attente. Combien de patients sont inscrits sur ces listes d'attente et quelle est la durée de l'attente?

**Dr Wilson:** À l'heure actuelle, les patients qui viennent à l'installation *Meadow Creek* doivent attendre environ six semaines pour recevoir un traitement hospitalier ou en clinique externe. La liste d'attente est moins longue pour ceux qui nous viennent de programmes en clinique externe mais ceux-ci restent d'être moins efficaces ou moins complets.

**Le président:** Combien de patients seraient inscrits sur ces listes d'attente de six semaines? Combien de noms y figurent?

**Dr Wilson:** Il y a un délai de six semaines mais il s'agit de 22 patients par mois, environ, ce qui fait que jusqu'à 35 patients pourraient être inscrits sur la liste d'attente. Je vous signale en passant que ce programme a été mis sur pied il y a deux mois à peine et nous prévoyons que le nombre de patients inscrits sur la liste doublera probablement au cours du mois qui vient.

**Le président:** Vous croyez que le nombre de patients doublera?

**Dr Wilson:** Il doublera.

**Le président:** C'est presque incroyable. Cela m'amène à poser ma deuxième question que vous avez déjà abordée. Vous avez dit qu'il n'existe aucune installation pour accueillir des jeunes de moins de 18 ans. Or, j'ai l'impression que les installations d'accueil pour les plus de 18 ans sont aussi inadéquates. Pouvez-vous nous donner une idée de l'ampleur des besoins dans la région que vous desservez? Quels sont les

[Text]

we need in terms of personnel or buildings or money? Just how inadequate are the facilities and the personnel?

**Dr. Wilson:** Right now we are stretched to the limit. In fact, when you mentioned follow-up . . . that is a sore point, because we are not able to provide the follow-up for the people going through our treatment program that we would like to provide, simply because we do not have the manpower. We could probably double our treatment staff and current facilities, our number of patient spots in our various programs, and just be keeping up with the demand we can perceive right now.

**The Chairman:** In talking to colleagues across the country . . . would they tell you the same story across the country?

**Dr. Wilson:** Colleagues in most parts of the country would tell you there is virtually nothing available in the way of this kind of treatment; hospital-based treatment for addictions. Ontario happens to be very rich, compared with most of the provinces.

**The Chairman:** Finally, Mr. Turner got you into the question of education a few minutes ago. I was a little surprised, although I have heard your point of view before. Do you feel we should not be recommending to government that they spend more money on education, say in our school systems?

**Dr. Wilson:** I think we should be recommending to government that they spend more money on research to determine what kind of education to offer and how to offer it, because I think the jury is still out on education. I am not trying to make the point that I agree with those studies, but the studies do raise legitimate issues, and we do not know the answers to those yet.

**The Chairman:** So research on how to educate people on drugs?

**Dr. Wilson:** Yes.

**Ms Copps:** I just got a briefing from our spectators on the side there, and I understand you said about 90% of your work deals with alcoholics and the balance with drug abusers. Is that correct?

**Dr. Tate:** That is true. Actually, it goes like this. It is about 60% of our people, roughly, 55%, are alcohol only. Then there are another 35% for whom it is alcohol plus another drug. Usually it is a tranquilizer, a pain killer, or cannabis and cocaine. Those are the ones that go together: alcohol, cannabis, cocaine. Then we have about 10% of our people for whom it is drugs only.

**Ms Copps:** So that 10%: would that be what we would call "hard drugs"?

**Dr. Tate:** Hard drugs . . .

**Ms Copps:** Well, basically I think I am following the same line as the member for Windsor—Walkerville, about what

[Translation]

besoins en termes de personnel, d'installations ou de crédits additionnels? Dans quelle mesure les installations et les effectifs suffisent-ils à répondre aux besoins?

**Dr. Wilson:** À l'heure actuelle, nous fonctionnons à pleine capacité. En fait, lorsque vous avez parlé de suivi, cela m'a rappelé que nous avons raison de nous plaindre du fait que nous n'avons pas les effectifs nécessaires pour effectuer le suivi des traitements que nous aimerions offrir. Nous pourrions probablement doubler les effectifs, les installations et les places disponibles à l'heure actuelle dans nos divers programmes et cela uniquement pour répondre à la demande actuelle.

**Le président:** Vos collègues des autres régions du Canada ont-ils eux aussi les mêmes doléances à formuler?

**Dr. Wilson:** Nos collègues de la plupart des régions du Canada vous diraient qu'il est quasiment impossible d'offrir des traitements aux toxicomanes en milieu hospitalier. Pourtant, l'Ontario est une province très riche par rapport aux autres provinces canadiennes.

**Le président:** M. Turner vous a amené à parler il y a quelques minutes de la question de l'éducation. J'ai été un peu étonné de votre réponse même si je connaissais déjà votre position là-dessus. Ne pensez-vous pas que nous devrions recommander au gouvernement de consacrer davantage de crédits à la sensibilisation au problème dans nos écoles?

**Dr. Wilson:** À mon avis, nous devrions recommander au gouvernement d'augmenter les budgets de recherche afin de déterminer quelle éducation nous devrions offrir et comment puisque le problème demeure entier. Je ne dis pas par là que je suis d'accord avec les conclusions de ces études mais celles-ci soulèvent des questions très légitimes auxquelles nous ne connaissons pas encore les réponses.

**Le président:** Il faudrait donc effectuer des recherches pour déterminer comment sensibiliser la population au problème de la toxicomanie?

**Dr. Wilson:** Oui.

**Mme Copps:** Certains observateurs dans la salle viennent de me dire que vous consacrez 90 p. 100 de vos efforts au traitement de l'alcoolisme et 10 p. 100 à la toxicomanie. Est-ce exact?

**Dr. Tate:** C'est exact. En fait, voici ce qu'il en est. Entre 55 et 60 p. 100 de nos patients ont des problèmes de consommation d'alcool. Un autre groupe qui représente 35 p. 100 du total est constitué de patients qui consomment de l'alcool plus un autre médicament illicite. Ils consomment habituellement des tranquillisants, des analgésiques ou du cannabis et de la cocaïne. Certains de nos patients consomment à la fois de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne. Ensuite, environ 10 p. 100 de nos patients ne consomment que des drogues.

**Mme Copps:** Ainsi 10 p. 100 des patients consomment ce qu'il est convenu d'appeler des «drogues dures»?

**Dr. Tate:** Des drogues dures . . .

**Mme Copps:** Je voudrais essentiellement poursuivre dans la même veine que le député de Windsor—Walkerville et vous



[Texte]

your view is on the addictive capacity of marijuana and hashish. How problematic is it?

**Dr. Tate:** For every 100 patients we see, 40 of them have problems with tranquilizers and/or alcohol, 35 have a problem with cannabis and/or alcohol, and 21 have a problem with cocaine and/or alcohol. That is a dramatic rise in the last couple of years—the cocaine one.

• 2010

**Ms Copps:** I think the question was asked by somebody before and maybe you could just elaborate on it. Do you perceive there to be an epidemic of drug abuse in Canada? I think you might have commented on that earlier.

**Dr. Wilson:** I think an epidemic is defined as a rapid and uncontrolled proliferation, and, in that case, no, I do not think there is an epidemic.

**Ms Copps:** We only started these hearings the other day and, as was stated, we have spent a lot of time looking at the international implications of the drug trade. But another issue that has been fairly topical in recent months is—again imported from the United States—the question of mandatory drug testing.

I am sure it was probably raised, but I am on the other side of the fence. That is why I wanted to raise it, to see what your views on that were. I have a number of concerns, but one of them—maybe I would ask you to comment on that one also—is how reliable are these tests? Do you have any view, general or specific, about how the spectre of mandatory drug testing might affect people who voluntarily seek treatment?

**Dr. Wilson:** I think the problem with drug testing is one of a political nature. It has to do with civil rights and liberties and that sort of thing. My concern is that as a physician I would not want to get involved in extracting blood, which is an invasive procedure entailing a very small but nonetheless distinct risk, from people when there is no therapeutic indication, for example, for extracting blood. That is a kind of political issue.

In terms of how accurate are the tests, the tests are very accurate, especially if they are done on serum or plasma.

**Ms Copps:** Yes.

**Dr. Wilson:** They are very accurate. If you used them carefully, there would be virtually no incidence of false positives in them.

**Ms Copps:** What is the difference then—what we read about primarily are the urine tests.

**Dr. Wilson:** Urine tests are non-invasive, and they are not as accurate, of course, because the drug has to be metabolized by the body—depending on what drug you are talking about—it has to go through liver metabolism very often, and conjugation

[Traduction]

demander dans quelle mesure la marijuana et le hashish créent l'accoutumance. Quelle est l'ampleur du problème?

**Dr Tate:** Sur 100 patients que nous recevons en consultation, 40 consomment des tranquillisants ou de l'alcool ou les deux; 35 consomment du cannabis ou de l'alcool ou les deux et 21, de la cocaïne ou de l'alcool ou les deux. Le nombre de cocaïnomanes s'accroît de façon inquiétante depuis quelques années.

**Mme Copps:** Un autre membre du Comité vous a déjà posé la question mais j'aimerais que vous me donniez une réponse plus détaillée. Pensez-vous que l'abus de drogues prend des proportions d'épidémie au Canada? Vous avez peut-être déjà répondu à cette question.

**Dr Wilson:** On entend habituellement par épidémie une prolifération rapide et incontrôlée et, par conséquent, je ne parlerai pas dans ce cas-ci d'épidémie.

**Mme Copps:** Nous avons entrepris l'examen de ce problème il y a quelques jours seulement et nous avons consacré énormément de temps aux répercussions internationales du commerce des drogues. Il y a cependant une autre question qui a pris énormément d'importance ces derniers mois—encore une fois en réaction à un mouvement lancé aux États-Unis—à savoir le dépistage obligatoire de la consommation de drogues.

Je suis certaine que cette question a probablement déjà été soulevée mais j'ai pour ma part des réserves. Je vous pose donc la question pour savoir ce que vous en pensez. Je me demande, entre autres, dans quelles mesures ces tests de dépistage sont fiables et j'aimerais savoir ce que vous en pensez. Pouvez-vous nous dire, de façon générale ou précise, dans quelle mesure le spectre du dépistage obligatoire des drogues pourrait influencer la décision de ceux qui prennent l'initiative de se faire soigner?

**Dr Wilson:** À mon avis, le dépistage des drogues est un problème d'ordre politique. Il touche les droits et les libertés civils, entre autres. En tant que médecin, je ne voudrais pas être obligé d'effectuer des prélèvements sanguins en l'absence de tout besoin thérapeutique puisqu'il s'agit là d'une méthode envahissante comportant des risques réels quoique minimes. Il s'agit donc d'une question d'ordre politique.

Pour ce qui est de savoir dans quelle mesure les tests de dépistage sont fiables, je vous répondrai qu'ils le sont dans le cas des prélèvements de sérum ou de plasma.

**Mme Copps:** Oui.

**Dr Wilson:** Ces tests sont très fiables. S'ils sont effectués avec soin, il y a peu de risques d'obtenir des résultats positifs faux.

**Mme Copps:** Nous entendons surtout parler de tests d'urine. Quelle est la différence?

**Dr Wilson:** Les tests d'urine sont non envahissants et ne sont pas non plus fiables puisque la drogue doit être métabolisée par le foie—selon la nature de la drogue consommée—pour être ensuite éliminée par les reins dans l'urine. La drogue peut



[Text]

excretion through the kidney and through the urine. A lot of things can happen to it on that pathway. So if you really want to know if somebody has been using a drug, it is generally much more accurate to take a blood sample and extract the plasma, and then measure what is actually in the blood. Then you know what is in the blood.

**Ms Copps:** How expensive is that in relation to the other? I was under the impression that primarily the companies that are getting involved now in drug testing are doing urinalysis—

**Dr. Wilson:** That is right.

**Ms Copps:** —and not blood samples, which would lead to the possibility of a much greater margin of error.

**Dr. Wilson:** Yes. I think if you have a positive test in urine, it is likely to be positive. If you have a negative test in urine, it does not really tell you a whole lot.

**Ms Copps:** I have read that it could also be positive if you take, well, obviously any type of prescribed medication, or anything else. If you have a cold and are taking cold medication, depending I guess on its strength, it would show up in the urinalysis.

**Dr. Wilson:** The cold medications contain antihistamines, which are very mild stimulants, and so theoretically it would give an athlete an advantage. But you really would not be interested in antihistamine use in an individual who is being considered for employment, I would not think. It is such a mild stimulant that there would be really no adverse effects from its use. You would be more interested in whether the person was a chronic user of cannabis—

**Ms Copps:** Right. But will it show up in the urinalysis that it is an antihistamine stimulant? Is the breakdown that specific, or does it just test positive?

**Dr. Wilson:** I suspect it depends how you do it. You can be that specific if you do it with something called mass spectrometry. Whether or not you would go to that trouble I do not know. Most companies do not use mass spectrometry. They use something called gas-liquid chromatography, and it is not as accurate. But technically, you could screen urine and tell exactly what the parent compound was if you used the right tests.

**Ms Copps:** But you stated that most companies do not do this. If you are testing for perspective employees, let us say, and you have several hundred applications, chances are you are not going to spend a lot of money and time in testing these people who are not even working for you. Therefore, you do the cheapest possible test, and if it shows up positive, that is one way of—

**Dr. Tate:** You would have to do it randomly too. If people know they are going to be tested, they will abstain for the test.

[Translation]

être transformée de maintes façons en cours de route. Ainsi, si vous voulez réellement savoir si quelqu'un a consommé une drogue quelconque, il est habituellement plus fiable d'effectuer un prélèvement sanguin et d'en extraire le plasma afin de mesurer la teneur de drogue dans le sang. Vous êtes alors en mesure de déterminer ce qui se trouve dans le sang.

**Mme Copps:** Dans quelle mesure cette procédure est-elle plus coûteuse? J'avais l'impression que les sociétés qui effectuent de tels tests de dépistage des drogues préfèrent généralement les analyses d'urine . . .

**Dr Wilson:** C'est exact.

**Mme Copps:** . . . aux prélèvements sanguins où la marge d'erreurs risque d'être beaucoup plus grande.

**Dr Wilson:** Oui. Les résultats positifs d'un test d'urine ont plus de chance d'être réellement positifs. Toutefois, les résultats négatifs des tests d'urine ne permettent pas de tirer des conclusions très nettes.

**Mme Copps:** J'ai lu que les résultats peuvent être positifs si la personne consomme des médicaments d'ordonnance ou d'autres substances. Les analyses d'urine repèreraient les traces de médicaments contre le rhume, selon bien sûr la posologie.

**Dr Wilson:** Les médicaments contre le rhume contiennent des antihistaminiques, qui sont stimulants très légers—et ceux-ci pourraient en théorie donner un avantage à un athlète. Or, il vous importerait très peu de savoir si un candidat à un emploi prend des antihistaminiques. C'est un stimulant tellement léger que son utilisation n'aurait pas d'effet négatif. L'employeur voudrait davantage savoir si cette personne est un consommateur régulier de cannabis . . .

**Mme Copps:** C'est entendu. Mais est-ce que les résultats de l'analyse d'urine révéleraient la présence d'un histaminique? Les résultats de l'analyse sont-ils très précis ou révèlent-ils uniquement la présence d'un médicament quelconque?

**Dr Wilson:** Cela dépend bien entendu de la nature des tests. Les résultats peuvent être très précis si les tests sont effectués par la méthode de la spectrométrie de masse. Mais je sais pas si cela vaut la peine. La plupart des sociétés n'utilisent pas la méthode de la spectrométrie de masse. Elles utilisent une méthode appelée chromatographie en phase gazeuse et liquide, mais elle n'est pas fiable. Cependant, sur le plan technique, il est possible d'analyser l'urine et de déterminer exactement la nature de la substance originale, à condition d'effectuer les bons tests.

**Mme Copps:** Mais vous avez dit que la plupart des sociétés ne le font pas. Si elles font subir ces tests à des employés éventuels, par exemple, et qu'elles reçoivent plusieurs centaines de demandes, il y a fort à parier qu'elles ne consacreront pas énormément de temps et d'argent pour effectuer ces tests sur des gens qui ne sont pas encore employés. Elles feront donc par conséquent les tests les moins coûteux possible et, si les résultats sont positifs, cela leur permettra . . .

**Dr Tate:** Il faudrait que ces tests soient faits au hasard. Si les gens savent qu'ils auront à subir un test, ils s'abstiendront de consommer de la drogue avant de le subir.

[Texte]

**Ms Copps:** But in some cases does it not show up for a period of 28 days or something like that; for instance, the use of marijuana?

**Dr. Wilson:** It depends on the drug. Marijuana is a good example. It does show up for a long time. But drugs like amphetamines and cocaine last only about 48 hours.

**Ms Copps:** Are you talking about the length of time it shows up in the blood, or in the urine too?

• 2015

**Dr. Wilson:** In the blood and urine, yes.

**Ms Copps:** The other point I want to just get back to is this. I know there are two sides to every argument, and I think you have pointed out that we have accepted alcohol as a drug and it is not likely that we are going to call for prohibition. I gather your thinking is not to legalize or decriminalize anything else to create the kinds of problems—

**Dr. Tate:** Most research shows that the more available a substance is—that is one of the many factors, and availability is affected by outlets and costs and so on—the more people use it. The more people there are who use a drug, the greater the small percentage who have problems with the drug or addiction.

**Ms Copps:** But from the point of view of convincing young people to abstain from heavy or hard drug usage, do you not think it is a little inconsistent for us to say it is okay to enjoy alcohol, as we do in our advertising and a lot of other things, but if you smoke a joint you are a criminal?

**Dr. Tate:** That is true. It probably has more to do with the attitudes. Even with the use of alcohol, there are huge cultural differences in alcohol abuse problems in different cultures. So it does not have really so much to do with the fact that the drug is used, but it is the attitudes about the drug and what kinds of behaviour and what kinds of use are condoned and which kinds are not condoned. So it may not be an issue of whether marijuana use is viewed as an extreme thing whereas drinking alcohol is not, but just the attitudes towards the use of it.

**Ms Copps:** But realistically, I do not think anybody who has grown up in the 1960s and beyond, let us say, sees marijuana use as more serious than alcohol use. In my generation, most people say—

**Dr. Tate:** That is probably true, or even less of a threat. That is probably true.

**Dr. Wilson:** But I think there are also lots of people who do not perceive cocaine use as any more serious than alcohol use. In fact, cocaine is probably in many ways a safer drug to use sporadically than is marijuana.

**Ms Copps:** Why is that?

[Traduction]

**Mme Copps:** Mais les traces de certaines drogues ne sont-elles pas repérables pendant une période pouvant aller jusqu'à 28 jours comme c'est le cas de la marijuana, par exemple?

**Dr Wilson:** Cela dépend de la nature de la drogue. La marijuana est un bon exemple. Les traces sont repérables pendant un temps considérable. Toutefois, les amphétamines et la cocaïne sont éliminées en 48 heures environ.

**Mme Copps:** Voulez-vous parler des traces dans le sang ou dans l'urine aussi?

**Dr Wilson:** Dans le sang et dans l'urine, oui.

**Mme Copps:** J'aimerais aussi aborder un autre sujet. Je sais que toute médaille a toujours deux côtés et vous avez dit, il me semble, que l'alcool est maintenant considéré comme une drogue et qu'il est peu probable que nous réclamions son interdiction. Si j'ai bien compris le sens de votre propos, vous ne préconisez pas la légalisation ou la décriminalisation de toute autre substance par crainte de susciter le genre de problème...

**Dr Tate:** La plupart des études effectuées révèlent que plus une substance est facile à obtenir—en termes de vente et de coût—plus le nombre de consommateurs est grand. Plus le nombre de consommateurs est grand, plus s'accroît le faible pourcentage de ceux qui ont des problèmes de toxicomanie ou de dépendance.

**Mme Copps:** Mais lorsqu'il s'agit de convaincre les jeunes de ne pas consommer de drogues dures, ne croyez-vous pas qu'il est inconséquent de dire que la consommation d'alcool est tout à fait acceptable, comme nous le faisons dans notre publicité, entre autres, alors que la consommation de la marijuana constitue une infraction criminelle?

**Dr Tate:** C'est vrai. C'est surtout une question d'attitude. Les problèmes d'abus d'alcool sont perçus bien différemment par les différentes cultures. Le problème tient moins à la nature de la drogue consommée mais plutôt au degré d'acceptation des comportements et des usages qui sont faits des différentes drogues. Il ne s'agit donc pas nécessairement de savoir si l'usage de la marijuana est bien ou mal vu alors que la consommation d'alcool est acceptée mais de savoir dans quelle mesure ces comportements sont acceptés.

**Mme Copps:** Mais il faut être réaliste; ceux qui ont grandi dans les années 60 et après n'ont pas l'impression que la consommation de marijuana est plus grave que la consommation d'alcool. La plupart des gens de ma génération disent...

**Dr Tate:** Cela est probablement vrai et constitue donc une moindre menace. C'est probablement vrai.

**Dr Wilson:** Mais je crois qu'un grand nombre de personnes ne jugent pas l'usage de la cocaïne plus dommageable que la consommation d'alcool. En fait, la cocaïne est probablement une drogue plus sûre si elle est consommée de façon sporadique que ne l'est la marijuana.

**Mme Copps:** Pourquoi?



**[Text]**

**Dr. Wilson:** Because it does not cause lung cancer, for example, and because there is no amotivational syndrome associated with cocaine, which is the major concern with marijuana.

**Ms Copps:** It causes you to lose your motivation?

**Dr. Wilson:** Yes. Amotivational syndrome causes behavioural changes in chronic hashish and marijuana smokers, very similar to an organic brain syndrome that one typically sees in 60-year-old alcoholics who have been drinking prodigious amounts for the last 30 or 40 years, in which they get atrophy of the . . . cortex.

**Ms Copps:** Like Korsakoff's syndrome or something?

**Dr. Wilson:** Yes, like Korsakoff's syndrome, and it is very, very similar. They lose interest in things; their memory does not work very well; their attention span disappears. It is a very important chronic problem.

Now, for many years, when people first started using marijuana on a large scale in North America, people said, well, that does not occur; there is no problem with it; it is pretty healthy. What we find now are youngsters 21 and 22 years old dying of lung cancer, which is something that was totally unheard of. When you investigate why they might have been susceptible to lung cancer, you find out that they were smoking two or three grams of hashish a day for three or four years. About one-third of a gram has the equivalent carcinogenic potential of a package of cigarettes, so they are very heavy smokers, in essence. Now we are starting to see more and more of these people with amotivational syndrome, and we see lots of them in our program.

**Ms Copps:** I do not want to carry it on too long. I want to ask one last question, though. What you are getting into again is the same thing we deal with in alcohol, and that is also a question of quantity. Do you drink?

**Dr. Wilson:** Yes.

**Ms Copps:** If you have a social drink or two, it is not a problem. If you are drinking a mickey or whatever a day, then you have a problem. I think a lot of young people who have seen marijuana used at parties or whatever as they were growing up view it in the same way. That is why, when everybody comes down hard on the drug problem and then makes light of the alcohol problem, there is a credibility gap. So it seems to me very hard to convince young people to abstain completely from drugs when it is a question of quantity, is it not, rather than . . . ?

**[Translation]**

**Dr. Wilson:** Parce qu'elle ne cause pas le cancer du poumon par exemple et parce que la cocaïne n'est pas associée aux troubles de motivation qui caractérisent l'usage de la marijuana.

**Mme Copps:** Est-ce que cela entraîne une perte de motivation?

**Dr. Wilson:** Oui. Ce syndrome suscite des modifications du comportement chez ceux qui fument régulièrement du haschisch et de la marijuana et ce syndrome est comparable au syndrome organique du cerveau que l'on constate couramment chez les alcooliques de 60 ans qui ont consommé des quantités prodigieuses d'alcool pendant 30 ou 40 ans, ce qui entraîne l'atrophie du cortex.

**Mme Copps:** Est-ce comparable au syndrome de Korsakoff, par exemple?

**Dr. Wilson:** Cela ressemble énormément au syndrome de Korsakoff. Les consommateurs de marijuana cessent de s'intéresser à ce qui les entoure, ils ont des troubles de mémoire et n'arrivent pas à se concentrer. C'est donc un problème chronique très grave.

Quand les gens ont d'abord commencé à consommer de la marijuana à grande échelle en Amérique du Nord et pendant de nombreuses années par la suite, les gens ont nié l'évidence et soutenaient qu'il n'y avait aucun problème et que cette pratique ne comportait pas de danger pour la santé. Nous constatons maintenant que des jeunes de 21 ou 22 ans meurent du cancer du poumon, ce qui ne s'était jamais produit par le passé. Quand on cherche à déterminer ce qui les a rendus vulnérables au cancer du poumon, on constate qu'ils ont fumé deux ou trois grammes de haschich par jour pendant trois ou quatre ans. Le pouvoir cancérigène d'un tiers de gramme de haschich est comparable à celui d'un paquet de cigarettes, ce qui les met dans la même situation que des gens qui fument beaucoup. Nous constatons donc une augmentation du nombre de personnes souffrant de ce syndrome et nous en voyons un grand nombre dans le cadre de notre programme.

**Mme Copps:** Je ne veux pas m'attarder trop longtemps sur ce sujet. J'aimerais cependant poser une dernière question. Cela soulève des problèmes comparables à ceux associés à l'alcool, à savoir une question de quantité. Est-ce que vous consommez de l'alcool?

**Dr. Wilson:** Oui.

**Mme Copps:** Ceux qui ne prennent qu'un verre ou deux lors de réunions sociales n'ont pas de problème. Mais ceux qui consomment un demi-litre de boisson alcoolisée par jour ne peuvent pas en dire autant. Je crois que de nombreux jeunes gens qui ont vu d'autres personnes prendre de la marijuana ou toute autre substance lors de réunions d'amis voient les choses de la même façon. Ainsi, ce n'est pas très convaincant de condamner l'utilisation de drogues tout en minimisant la gravité de la consommation d'alcool. J'ai donc l'impression qu'il sera très difficile de convaincre les jeunes gens de renoncer complètement à l'utilisation de drogues s'ils perçoivent que c'est une question de quantité, n'est-ce pas?



[Texte]

[Traduction]

• 2020

**Dr. Tate:** It may not be easy to convince him to abstain. I guess it is more a matter of teaching people that the drug is addictive and to use it with caution, if at all. Those are the kinds of factors which influence alcohol use.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** And that it is against the law, as the law now stands.

**Ms Copps:** But I guess my view is that if the law is sending out a double standard message, then maybe we also have to look at the law. If you are trying to convince young people and they see parents having free access to alcohol, which is creating many more serious social problems, they are not going to listen to people who say, oh, this is against the law. And even when we heard from the RCMP, they said that from the point of view of manpower and everything they have kind of dropped off active pursuit of marijuana and hashish users to go for the bigger—

**Dr. Wilson:** But then the problem becomes where do you draw the line.

**Ms Copps:** Yes, I know; I agree.

**Dr. Wilson:** Do you draw the line at recreational cocaine use, or recreational heroin use, or recreational prescription drug abuse? I think you are sending the wrong message to people when you legitimatize something.

I was telling medical students that if I were a drug company and discovered alcohol today and tried to get a licence to sell it, I would get laughed out of the bureau of dangerous drugs, because it causes damage in every organ in the body. From that point of view, it is a highly dangerous drug. And I think if you are considering marijuana—

**Ms Copps:** I know. But then you enjoy a social drink.

**Dr. Wilson:** Sure.

**Ms Copps:** Ergo, that is a mixed message.

**Dr. Wilson:** But we give lots of mixed messages in society, I think. I think it would make more sense to outlaw alcohol. If you want to be consistent, maybe what you should do is make alcohol illegal as opposed to legitimatizing other drugs. I do not see how you can possibly come up with a rational argument for drawing the line at marijuana, when in fact there are lots of people in the world who snort a line of cocaine recreationally once a month, once every two weeks, and never have a problem with cocaine. You are still going to have to make that differentiation. I think probably where we are now is the best place to stop rather than just kind of progress.

**The Chairman:** Maybe I can move to Mr. McNaughton, our researcher, who has one or two questions to ask.

**Dr Tate:** Ce serait peut-être difficile de les convaincre de s'abstenir. Il faudrait plutôt leur faire comprendre que la drogue crée l'accoutumance et qu'ils doivent l'utiliser avec modération ou pas du tout. Ce sont des facteurs de ce genre-là qui influencent les consommateurs d'alcool.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mais c'est contre la loi à l'heure actuelle.

**Mme Copps:** À mon avis, il faut modifier la loi si elle permet de croire qu'il existe deux poids deux mesures. Si nous essayons de convaincre les jeunes gens de s'abstenir et qu'en même temps ils voient leurs parents consommer librement de l'alcool, ce qui crée de nombreux autres problèmes sociaux graves, ils n'écouteront pas ceux qui leur disent que c'est contre la loi. Lorsqu'ils ont comparu devant le Comité, les représentants de la GRC nous ont dit qu'ils ont renoncé à la lutte active contre les utilisateurs de marijuana et de hashish afin de pouvoir diriger leurs efforts ailleurs en raison de contraintes d'effectifs et autres.

**Dr Wilson:** Mais il faut alors décider ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.

**Mme Copps:** Oui, je sais; je suis d'accord avec vous.

**Dr Wilson:** Doit-on décider que l'utilisation récréative de cocaïne, d'héroïne ou de médicaments vendus sur ordonnance est acceptable? Je crois que la décriminalisation de certaines substances donne un faux message.

J'ai dit aux étudiants en médecine que si j'étais une entreprise pharmaceutique et que je découvrais l'alcool aujourd'hui et que j'essaie d'obtenir un permis de vente, le bureau des substances dangereuses me rirait au nez puisque l'alcool endommage tous les organes du corps humain. Il s'agit donc d'une drogue extrêmement dangereuse. Et si vous prenez la marijuana...

**Mme Copps:** Je sais. Malgré cela, vous prenez bien un verre à l'occasion.

**Dr Wilson:** Bien sûr.

**Mme Copps:** Par conséquent, vous donnez un message confus.

**Dr Wilson:** Mais je crois que la société prend aussi d'autres positions contradictoires. Je pense qu'il serait beaucoup plus sensé d'interdire l'alcool. Pour être conséquents, il faudrait rendre illégale la consommation d'alcool plutôt que de décriminaliser la consommation d'autres substances. Je ne vois pas quels arguments rationnels l'on pourrait invoquer pour décriminaliser la marijuana mais non d'autres substances, quand de nombreuses personnes font un usage récréatif de la cocaïne une fois par mois ou une fois toutes les deux semaines et sans jamais avoir de problème. Il faudra donc faire une distinction de toute façon. J'estime que nous devons agir maintenant et non pas laisser la situation se détériorer.

**Le président:** J'aimerais maintenant donner la parole à M. McNaughton, notre attaché de recherche, qui a une ou deux questions à poser.

[Text]

**Mr. Garth McNaughton (Researcher, Library of Parliament):** Dr. Wilson or Dr. Tate, I was wondering if you could comment on your experience in terms of abuse of licit pharmaceuticals as opposed to abuse of illicit drugs. Do you find that the dimensions of the problems are as great; that there are as many people in need of help as are in need of treatment for abuse of illicit drugs?

**Dr. Wilson:** I have done some studies on prescription drug abuse. We were quite surprised by the number of people who were showing up in the studies as being abusers of the drugs.

On the one hand, almost everybody who begins abusing prescription drugs begins under the tutelage of a physician; that is, it is prescribed. And if you look at why it was prescribed, it is almost always for a legitimate reason in a legitimate way. It is not that the physician deliberately set out to make the person an addict, it is simply that the person had a back pain and was prescribed Percodan for his back pain, or had headaches and was prescribed Fiorinol.

But for some reason, one person out of maybe 40 or 50 gets a different benefit from using the drug, and that person goes on to develop a problem and refuses to get off the drug. In fact, many of the people who do have a problem are eventually gotten off by a physician who is not in the addictions treatment business, so it is managed as an out-patient kind of thing, in many cases.

That is the major difference between illegal drugs and prescription drugs.

**Mr. McNaughton:** How would you compare the dimensions of the two problems? Would you say that the problem with licit drugs is appreciably less than that of illicit?

**Dr. Wilson:** I think it is impossible to say, because there are probably many, many people abusing prescription drugs that we never hear about; people who are functioning as normal people but who are using Diazepam in a way that has not been prescribed, or who are using headache pills or painkillers or cough medicine or whatever.

We do see these people in our treatment programs, incidentally, it is just that the incidence is not high. And when we see them, it is almost always in combination with either alcohol or another drug such as cocaine or hashish, and that is usually the drug that brings them in as their primary complaint.

**The Chairman:** Mr. White.

**Mr. White:** I will follow up briefly on that point, if I may, Mr. Chairman.

Is it a fair comment to say that a lot of the legal drugs become a larger problem on the illegal market? I know that break-ins in drugstores are becoming a serious problem. It probably makes its way onto the illegal market that way. I am

[Translation]

**M. Garth McNaughton (attaché de recherche, Bibliothèque du Parlement):** Monsieur Wilson ou monsieur Tate, je me demande si vous pouvez nous faire part de votre expérience, en ce qui concerne l'abus de médicaments illicites par opposition à l'abus de drogues illicites. Pensez-vous que les deux problèmes sont également graves et que les deux groupes de consommateurs ont autant besoin de traitement?

**Dr. Wilson:** J'ai fait quelques études sur l'abus de médicaments vendus sur ordonnance. Nous avons été très étonnés de constater le nombre de personnes qui ont des problèmes d'abus de drogues.

D'abord, presque tous ceux qui se mettent à abuser de médicaments vendus sur ordonnance le font sous la surveillance d'un médecin. Et dans presque tous les cas, les médicaments ont été prescrits pour des raisons légitimes et d'une façon légitime. Dans de tels cas, le médecin ne décide pas sciemment de faire tomber son patient sous l'emprise de la dépendance, mais c'est plutôt le patient qui se plaignait de douleurs au dos et auquel le médecin a prescrit du Percodan, ou un patient qui se plaignait de maux de tête et auquel le médecin a prescrit du Fiorinol.

Pour une raison quelconque, un patient sur 40 ou 50 réagit différemment au médicament, succombe à l'accoutumance et refuse de renoncer au médicament. En fait, de nombreux toxicomanes réussissent à surmonter leur dépendance avec l'aide d'un médecin qui n'est pas spécialisé en toxicomanie et cela se fait souvent sans hospitalisation.

Voilà la différence essentielle entre les drogues illicites et les médicaments vendus sur ordonnance.

**M. McNaughton:** Les deux problèmes ont-ils la même ampleur? Diriez-vous que l'usage de médicaments licites constitue un problème moins grave que celui des drogues illicites?

**Dr. Wilson:** À mon avis, ce serait impossible à mesurer puisqu'il y a probablement de nombreuses personnes qui abusent de médicaments vendus sur ordonnance et dont nous n'entendons jamais parler. Il s'agit alors de gens qui fonctionnent normalement mais qui utilisent du Diazepam sans respecter les indications du médecin ou qui utilisent des médicaments pour les maux de tête, des analgésiques ou des antitussifs.

Je vous signale en passant que nous voyons de tels cas dans nos programmes de traitement mais que le nombre de cas est peu élevé. Dans ces cas-là, le patient consomme presque toujours ce médicament avec de l'alcool ou une autre drogue comme la cocaïne ou le hashish, et c'est habituellement les effets de la drogue qui les amènent à nous consulter.

**Le président:** Monsieur White.

**M. White:** Monsieur le président, j'aimerais poursuivre dans la même veine.

Serait-il juste de dire qu'un bon nombre des médicaments licites sont vendus illégalement et que cela constitue un problème plus grave? Je sais que les vols dans les pharmacies se font de plus en plus fréquents. Ces médicaments sont

[Texte]

thinking of Talwin and Ritalin, products like that. Do you see that as being a large problem?

• 2025

**Dr. Tate:** Yes, we do. And people find ways; they find the right physician. They shop around and they get several doctors and lots of drug stores. You know, there are ways to do it without robbing a drug store, too, to get lots of prescriptions and so on.

**The Chairman:** Gentlemen, on behalf of the committee may I thank you both for being with us tonight? I think your testimony has been most interesting and in many ways challenging for us. Since you are close at hand, if we have reason to seek further advice you will be easily located. But we will be hearing a lot more witnesses and we appreciate the testimony you have given us this evening.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair with a meeting tomorrow morning at 9 a.m. You have been given material tonight for bedtime reading which is for tomorrow.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

probablement vendus illégalement par la suite. Je songe plus particulièrement à des médicaments comme le Talwin et le Ritalin. Pensez-vous que cela constitue un problème répandu?

**Dr Tate:** Oui. Il y a toujours moyen de se procurer de tels médicaments; il suffit parfois de trouver un médecin complaisant. Les toxicomanes s'approvisionnent auprès de plusieurs médecins et de plusieurs pharmacies. Vous savez, il y a toujours moyen de se procurer des médicaments sans dévaliser une pharmacie.

**Le président:** Messieurs, au nom du comité, j'aimerais vous remercier d'être venus ce soir. Votre exposé et vos réponses ont été très intéressants et très stimulants pour nous. Puisque vous êtes d'Ottawa, nous pourrions facilement communiquer avec vous si nous avons besoin de plus amples renseignements. Nous entendrons aussi un grand nombre d'autres témoins. Merci d'être venus ce soir.

La séance est levée jusqu'à demain matin à 9 heures. Nous avons reçu ce soir des documents que nous aurons le temps de lire avant demain.

La séance est levée.





















*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

On Monday, January 26, 1987:

*From the Meadow Creek Addiction Treatment Centre (Royal  
Ottawa Hospital):*

Dr. Allen Wilson, Director;

Dr. Douglas Tate, Program Coordinator.

#### TÉMOINS

Lundi le 26 janvier 1987:

*De Meadow Creek Addiction Treatment Centre (L'hôpital  
Royal d'Ottawa):*

D<sup>r</sup> Allen Wilson, Directeur;

D<sup>r</sup> Douglas Tate, coordonnateur du programme.

8  
HOUSE OF COMMONS

Issue No. 5

Tuesday, January 27, 1987  
Monday, February 2, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 5

Le mardi 27 janvier 1987  
Le lundi 2 février 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

### APPEARING:

The Honourable Jake Epp  
Minister of National Health and Welfare

### COMPARAÎT:

L'honorable Jake Epp  
Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Sheila Copps  
Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

MEMBRES

Sheila Copps  
Moe Mantha  
Barry Turner  
Brian White  
Howard McCurdy

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JANUARY 27, 1987  
(8)

## [Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, *in camera*, at 9:20 o'clock a.m., in Room 701, 151 Sparks Street, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member present:* Sheila Copps for Douglas Frith.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

The Committee resumed consideration of its future business.

On motion of Brian White, seconded by Sheila Copps, it was agreed that the following persons and organizations be invited to appear before the Committee:

- Officials from the Department of National Health and Welfare
- Dr. H. Kalant and Dr. R.G. Smart, Addiction Research Foundation
- Mr. Paul Welsh, Rideauwood Institute
- Canada Employee Assistance Program Services Corporation (Can Care)
- Howard Greenstein, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission
- Norman Panzica, Independant Counselor
- Canada Customs and Excise
- Canadian Association of Chiefs of Police
- Barbara Johnson, Ontario Ministry of Education
- Native Council of Canada, Alberta
- Advisory Committee of the Addiction Commission
  - Jan Skirrow, Alberta
  - Marvin Bucks, Nova Scotia
  - David Gilbert, British Columbia

At 10:16 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

MONDAY, FEBRUARY 2, 1987  
(9)

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:11 o'clock p.m., in Room 269 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 27 JANVIER 1987  
(8)

## [Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit à huis clos, aujourd'hui à 9 h 20, dans la pièce 701, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* Sheila Copps remplace Douglas Frith.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

Le Comité entreprend de nouveau de déterminer ses futurs travaux.

Sur motion de Brian White, appuyé par Sheila Copps, il est convenu,—Que soient invitées à comparaître devant le Comité les personnes et organismes dont les noms suivent:

- Les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- MM. H. Kalant et R.G. Smart, de La Fondation de la recherche sur la toxicomanie
- M. Paul Welsh, du Rideauwood Institute
- Canada Employee Assistance Program Services Corporation (Can Care)
- M. Howard Greenstein, de la Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission
- M. Norman Panzica, conseiller indépendant
- Douanes et accise Canada
- Association canadienne des chefs de police
- M<sup>me</sup> Barbara Johnson, ministère de l'Éducation de l'Ontario
- Le Conseil national des Autochtones du Canada (Alberta)
- L'Advisory Committee of the Addiction Commission
  - Jan Skirrow, Alberta
  - Marvin Bucks, Nouvelle-Écosse
  - David Gilbert, Colombie-Britannique

A 10 h 16, le Comité interrompt les travaux jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE LUNDI 2 FÉVRIER 1987  
(9)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 11, dans la pièce 269 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

*Other Member present:* George Baker.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Appearing: From the Department of National Health and Welfare:* The Honourable Jake Epp, Minister.

*Witnesses: From the Canadian Public Health Association:* Dr. David J. Walters, Director, AIDS Education and Awareness Program. *From the Department of National Health and Welfare:* Gregory Smith, National Aids Centre, Health Protection Branch.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

The Minister made an opening statement and with the witnesses answered questions.

At 9:02 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

*Autre député présent:* George Baker.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Comparait: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* L'honorable Jake Epp, ministre.

*Témoins: De l'Association canadienne d'hygiène publique:* Docteur David J. Walters, directeur, Programme d'information/éducation sur le SIDA. *Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* Gregory Smith, Centre national du SIDA, Protection de la santé.

En vertu de l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité examine de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif des drogues.

Le Ministre fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

A 21 h 02, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Monday, February 2, 1987

• 1911

**The Chairman:** Order. The order of reference today is pursuant to Standing Order 96(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare on the study of drug abuse. We have appearing with us today the Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

We welcome you to this special meeting tonight, Mr. Minister, called in your honour. We are pleased to have you back on this subject, which has been, as you know, of some concern to this committee. Perhaps you would like to introduce your colleagues and give us an opening statement, if you have one.

**Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare):** Thank you, Mr. Chairman, members of the committee.

I will first of all introduce members of the Department of National Health and Welfare. Then, I do not have a prepared statement, but possibly you would be so kind as to allow me a few minutes to give a general overview, and then as much time as committee members would like to spend on the subject, I would be willing to give.

First of all, I have Dr. Bert Liston, ADM, Health Protection Branch; Mr. Greg Smith, Co-ordinator of the National AIDS Centre; Dr. Walters, Director of the AIDS Education Program. Then, also in the room, and not for any reason of sequence or importance, possibly others you might want to call on today: Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch; Dr. J. Hauser, Executive Director, Health Services Directorate; Mr. M. Holtz, Chief, Financial Services, Administration Branch—if you want to get into the financing of the program—and Mr. Burr, Communications Officer with the AIDS program.

A few points, if I might. First of all, let me express again my appreciation to the committee for the report you made available after the committee studied the AIDS question and the report dated May 1986.

Secondly, the question of AIDS since your committee report and since my last appearance before the committee... The number of AIDS cases has not reduced in terms of any projections we had when we last met.

• 1915

Mr. Chairman, you will recall that for a period of time there was a question raised as to whether the number of cases we were projecting was in fact overestimated. I regret to inform

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le lundi 2 février 1987

**Le président:** Je déclare la séance ouverte. Notre ordre de renvoi, fondé sur l'article 96(2) du Règlement, porte sur le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en matière d'étude sur la toxicomanie. Nous entendrons aujourd'hui l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Nous vous souhaitons la bienvenue, monsieur le ministre, à cette réunion spéciale convoquée en votre honneur. Nous sommes heureux de pouvoir nous entretenir avec vous de ce sujet qui, vous le savez, nous tient à coeur. Nous allons maintenant vous donner la parole pour présenter vos collaborateurs et nous faire une déclaration liminaire, si vous en avez une.

**L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social):** Je vous remercie, monsieur le président, distingués membres du Comité.

Je vais tout d'abord présenter mes collaborateurs du ministère de la Santé nationale et du Bien-être. Bien que je n'aie pas préparé de déclaration, vous voudrez peut-être bien me donner quelques minutes pour vous donner un aperçu général et je me tiendrai ensuite à la disposition du Comité pour répondre à toutes les questions que vous voudrez bien me poser sur ce sujet.

Tout d'abord je voudrais présenter M. Bert Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; M. Greg Smith, coordonnateur du Centre national pour le SIDA; le Dr Walters, directeur du Programme d'éducation sur le SIDA. Nous sommes également accompagnés d'autres personnes auxquelles vous voudrez peut-être faire appel aujourd'hui et qui se trouvent dans la salle. Ce sont, sans aucun ordre de préséance, le Dr Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé; le Dr J. Hauser, Services de la santé; M. M. Holtz, Administration financière—pour le cas où l'aspect financier du programme vous intéresserait—et M. Burr, chef des communications pour le Programme du SIDA.

Permettez-moi d'abord de faire quelques observations. Je voudrais avant tout remercier de nouveau le Comité du rapport que vous m'avez fait parvenir après avoir étudié le problème du SIDA ainsi que du rapport paru en mai 1986.

En second lieu, je voudrais porter à votre attention le fait que depuis la parution du rapport du Comité et depuis ma dernière comparution devant vous... il a été question de prévisions sur le nombre des cas de SIDA, ce nombre n'a pas diminué par rapport à ces prévisions.

Vous vous rappelez certainement, monsieur le président, que pendant un certain temps d'aucuns ont considéré nos chiffres comme surestimés. Je dois vous informer, à mon regret,



[Text]

you, Mr. Chairman and members of the committee, that this is not the case.

Our latest figures, sir, and they are as of today—and keep in mind when we give these figures, they are obviously as up-to-date as I can make them. They are today's, but provinces have different reporting periods. There could be as long as a six-week reporting period by the time they might find their way into our figures. So it is on the basis of that accumulation of numbers that our date of February 2 is used.

As of today, we have had 873 cases, of which 423 are alive. We have had 450 deaths. If you want the breakdown between adult male/female, the number of cases, male; alive 405, that have passed away 411, for a total of 816. Female; alive 13, dead 27, for a total of 40. Children, male; alive 3, passed away 7, for a total of 10. Female; alive 2, passed away 5, for a total of 7.

We also have the numbers by risk, in terms of high risk groups, endemic areas, cases relative to blood transfusions and/or products. If you want those figures, we have those here as well.

The second point I would like to make, Mr. Chairman, if I might—

**The Chairman:** Do you have a point of order, Mr. McCurdy?

**Mr. McCurdy:** Do you have only a single copy of that information?

**Mr. Epp (Provencher):** What we could do, Mr. Chairman, while the meeting is in progress is, hopefully, get these run off, if that would help you. I would be glad to do that, Mr. McCurdy.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Minister.

**Mr. Epp (Provencher):** My second point is the international aspect. There is no question, sir, that there are different components to the international question.

I think on this disease the co-ordination internationally is possibly as good as with any health issue. By that I mean the co-ordination and the experiences and the research that is related to the disease. There is also no question, and I think Canadians will have to keep this in mind, that the number of cases in Canada—I am now not looking at any African cases, because the statistics there are just not comparable. The United States is number one; they now have 29,003 cases I think today. Canada and France vie for either number two or number three, depending on your reporting period. So there is no question that it is serious.

If you ask me, sir, how many Canadians do we estimate have been affected by the virus, we estimate 50,000. The numbers that likely will develop AIDS, those percentages are open to some discussion because of the relatively short timeframe and the long incubation period of the disease, but figures vary between 20%, that is of people who have the virus

[Translation]

monsieur le président, distingués membres du Comité, qu'il n'en est malheureusement rien.

Les chiffres les plus récents qui m'ont été communiqués ce jour—qui sont aussi à jour que possible et datent d'aujourd'hui même, mais les provinces ont différentes dates d'envoi de leur déclaration et il peut se produire un délai de six semaines jusqu'à ce que leurs chiffres soient incorporés aux nôtres; c'est donc en tenant compte de tous ces facteurs que ces chiffres sont datés du 2 février.

À ce jour donc, on nous a signalé 873 cas dont 423 sont en vie. Nous avons eu 450 décès. Je peux également vous donner la ventilation entre hommes et femmes. Nombre de cas chez des sujets masculins: 816, dont 405 en vie et 411 décès. Chez les femmes, pour un total de 40 cas, 13 en vie, 27 décès. Chez les enfants de sexe masculin, 10 cas en tout dont 3 en vie, 7 décès, et chez les enfants de sexe féminin, un total de 7 cas dont 2 en vie et 5 décès.

Nous avons également une ventilation des chiffres par degré de risque pour les groupes particulièrement exposés, les zones endémiques, les cas relatifs aux transfusions sanguines ou autres produits. Nous pouvons également vous fournir ces chiffres.

Je voulais également vous faire remarquer, monsieur le président, si vous le permettez...

**Le président:** Est-ce que vous invoquez le Règlement, monsieur McCurdy?

**M. McCurdy:** Est-ce que vous n'avez qu'un exemplaire de cette information?

**M. Epp (Provencher):** Si vous y tenez, monsieur le président, nous pourrions faire photocopier ce document pendant que la séance suit son cours. Nous sommes à votre disposition, monsieur McCurdy.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup, monsieur le ministre.

**M. Epp (Provencher):** Je voulais donc également attirer votre attention sur l'aspect international qui, cela ne fait pas de doute, comporte différents aspects.

En ce qui concerne cette maladie, la coopération internationale est aussi bonne que pour toutes les autres questions touchant la santé, si l'on entend par là la coopération, les expériences et la recherche qui touchent au SIDA. Il est également certain, et les Canadiens ne doivent pas perdre cela de vue, que le nombre des cas au Canada... Je ne fais maintenant pas de comparaison avec ce qui se passe en Afrique, où les statistiques ne sont pas comparables, mais les États-Unis se classent en tête avec 29,003 cas à l'heure actuelle; selon la période considérée, le Canada et la France sont en deuxième ou troisième place. On ne saurait donc sous-estimer la gravité de ce problème.

Si vous me demandez, monsieur, combien de Canadiens ont été atteints par le virus, nous estimons leur nombre à 50,000. Combien d'entre eux seront atteints de la maladie, quels seront les pourcentages, tout cela prête à conjecture parce que nous ne suivons la maladie que depuis relativement peu de temps et que la période d'incubation, elle, est très longue, mais les

## [Texte]

and who will develop the disease of AIDS, to approximately 35%.

• 1920

So that is the range, sir, to the best of our understanding, to the best of our knowledge, keeping in mind the relatively short period of time; that is, the first reported case of AIDS in Canada was in 1982. That possibly gives you the general picture we have, other than to say we are planning to bring together to Canada a number of experts for an international consultation to be hosted in Canada. The dates will be March 10, 11, and 12. We expect representatives here from the U.S., U.K., Australia, the World Health Organization, and of course, Canada.

I should also mention, sir, that in the last seven to ten days there were further consultations in Geneva at which this topic was discussed as well. A world view of the disease and its effect, its scope, was discussed. I am given to understand that at this international consultation in Canada this matter will be further clarified and refined.

The only other point I would like to make, Mr. Chairman, is this. You will know that, when we announced the five-year plan for AIDS in May last year, we said we had asked the Canadian Public Health Association to develop a public health education campaign and to develop it from a health perspective. I think all members of this committee know the integrity and the validity of the CPHA and its members.

So they have worked at this program. I believe their projected program launch date now is March 3, and Dr. Walters is here along with Mr. Burr to give further details if details are required there as well. Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Minister, for updating us on some of these facts and other pertinent information.

The Chair recognizes Dr. McCurdy first.

**Mr. McCurdy:** You were talking, Mr. Minister, about international co-ordination, but only moments before you called attention to as much as a six-week difference in reporting dates for the provinces. Would it not be desirable, particularly as the frequency of the disease increases, to have more co-ordination between the federal and provincial levels, but most particularly, some co-ordination of reporting dates among the provinces? Have any initiatives been taken in that regard?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. McCurdy, I do not think that is a serious problem, even though I am not deprecating your point of view. I think the co-ordination with the National AIDS Coordinating Committee, in which we have every province represented, is very close. I think it is more a matter

## [Traduction]

chiffres oscillent entre 20 p. 100 et environ 35 p. 100. Tel est le pourcentage de ceux qui sont porteurs du virus et chez lesquels le SIDA se déclarera.

Pour autant que nous puissions former un jugement, la proportion est donc de cet ordre, monsieur, compte tenu de la période relativement courte sur laquelle reposent nos observations, puisque le premier cas de SIDA signalé au Canada date de 1982. Ceci vous donne un aperçu général de la question, mais nous espérons réunir au Canada pour une consultation internationale un certain nombre de spécialistes. Cette consultation doit avoir lieu les 10, 11 et 12 mars et réunira les représentants des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Australie, de l'Organisation mondiale de la santé et bien entendu, du Canada.

J'ajouterais que dans la dizaine de jours qui viennent de s'écouler, d'autres consultations ont eu lieu à Genève au cours desquelles ce sujet a également été discuté, en particulier son incidence dans le monde ainsi que ses conséquences, son ampleur. Lors de la consultation internationale qui aura lieu au Canada, la question sera étudiée plus en profondeur et plus en détail.

Il me reste encore une observation à faire, monsieur le président: lorsqu'en mai de l'an dernier, nous avons annoncé un plan quinquennal pour le SIDA, nous avons annoncé que nous allions demander à l'Association canadienne d'hygiène publique de mettre en place une campagne publique par laquelle cette question serait considérée sous l'angle de l'hygiène. Tous les membres de ce Comité connaissent, j'en suis sûr, le sens professionnel et l'intégrité de cette association ainsi que de ses membres.

Ce programme a donc été mis à l'étude et le lancement de la campagne est prévu pour le 3 mars. Le D<sup>r</sup> Walters ainsi que M. Burr, qui se trouvent ici, pourront vous en parler plus longuement si vous le leur demandez. Je vous remercie, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre, de nous avoir mis au courant de certains de ces faits et d'autres informations pertinentes.

Le président donne la parole en premier au D<sup>r</sup> McCurdy.

**M. McCurdy:** Vous parliez, monsieur le ministre, de coordination internationale alors qu'il y a quelques minutes seulement, vous nous faisiez remarquer qu'il y a parfois une différence de six semaines entre les dates de déclaration des provinces. Ne serait-il pas souhaitable, surtout si la fréquence de la maladie augmente, d'améliorer la coordination entre les provinces et le gouvernement fédéral en particulier en uniformisant les dates de déclaration des provinces? Des mesures ont-elles été prises dans ce sens?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur McCurdy, je n'entends nullement minimiser la chose, mais cela n'est pas un problème grave. En effet, il y a une coopération étroite avec le Comité national de coordination sur le SIDA, au sein duquel chaque province est représentée. Ces écarts tiennent davantage à la



## [Text]

of how they gather their statistics than any lack of co-ordination.

But just to take your point further, the NAC/AIDS committee—and if I use that term, it is not to be confused with other committees that have the same acronyms—with some of the money that is now being put into place, will better co-ordinate even the gathering of those statistics and reduce the time difference.

So your point is well taken, and we are trying to do that. We believe we have that co-ordination, but I would not want it interpreted to mean there is either a reluctance or a lack of willingness to co-ordinate among the provinces and the federal government in terms of gathering either statistics or information respecting AIDS.

• 1925

**Mr. McCurdy:** I guess it was last week you were quoted on television as having said you are prepared to spend more money on research, but not prepared to spend additional money on education. You went on to say rather directly that there are elements in the community who believe there are other diseases as important as AIDS. Given that Canada is spending on education approximately \$1,000 per AIDS patient, if that is a good criterion to objectify statistics in Canada versus the U.K., we are spending about \$1,000 per AIDS patient now, compared with \$65,000 by the United Kingdom, on education. We have a table being referred to here which indicates that \$9,000 is being spent per AIDS patient, but I am talking about education; public education. The United States National Academy of Sciences has suggested \$1 billion per year be spent there. The amount being spent on education is somewhat less than was recommended by this committee. Are you prepared to rethink the position that no further moneys be spent on AIDS education at the federal level?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. McCurdy, first of all, the comments you attribute to me—and I am not denying them... what I did say was I was spending money on education, and I was asked the question also, how much were we spending on research. I indicated how much we were spending on research of the \$39 million of the five-year program, and I said that was \$22.5 million, and the education program is at approximately \$7 million.

I use the words "approximately \$7 million" for these reasons. One, the CPHA program is \$3.7 million, and then community—

**Mr. McCurdy:** After five years.

**Mr. Epp (Provencher):** Yes—and then the community services and education coming from that are approximately \$4.8 million. I do not want to say that all \$4.8 million is going to education. But I think it is approximately \$7 million for a program that has not been in place for one year yet. I think what we should allow it to do is first of all get it launched, and then make the evaluation you have raised from your perspective.

## [Translation]

façon dont les statistiques sont recueillies qu'à un manque de coordination.

A ce propos, le Comité consultatif national-SIDA—qu'il ne faut pas confondre avec d'autres comités portant le même sigle—grâce aux fonds qui lui sont attribués, sera mieux en mesure de coordonner la collecte de ces statistiques et d'uniformiser les périodes de déclaration.

Votre préoccupation est donc également la nôtre. Nous pensons que cette coopération existe, et je ne voudrais pas que l'on accuse les provinces de faire preuve de mauvaise volonté pour ce qui est de réunir les statistiques ou l'information concernant le SIDA et de les communiquer au gouvernement fédéral.

**M. McCurdy:** C'est la semaine dernière, je crois, qu'on a rapporté à la télévision que vous auriez dit être disposé à dépenser davantage pour la recherche, mais non pour l'éducation, ajoutant plutôt abruptement que certains secteurs du public considèrent qu'il y a d'autres maladies aussi importantes que le SIDA. Si l'on compare les statistiques de notre pays à celles du Royaume-Uni, le Canada dépense pour l'éducation environ 1,000\$ par malade atteint du SIDA, alors que le Royaume-Uni dépense pour l'éducation 65,000\$. Sur un tableau que j'ai sous les yeux, 9,000\$ sont dépensés par malade atteint du SIDA mais je parle, moi, de l'éducation du public. La *National Academy of Sciences* des Etats-Unis a proposé dans ce pays une dépense annuelle d'un milliard de dollars. Les sommes dépensées pour l'éducation sont légèrement inférieures à celles qui étaient recommandées par ce Comité. Est-ce que vous êtes disposé à revenir sur votre position d'après laquelle le gouvernement fédéral n'entend pas augmenter les ressources destinées à l'éducation sur le SIDA?

**M. Epp (Provencher):** Pour commencer, monsieur McCurdy, vous m'attribuez des propos que je ne renie pas, mais ce que je voulais dire, c'est que je dépensais de l'argent pour l'éducation et là-dessus on m'a demandé combien nous dépensions pour la recherche. J'ai répondu que sur les 39 millions de dollars du programme quinquennal, nous en dépensions 22,5 millions de dollars pour la recherche et environ 7 millions de dollars pour le programme d'éducation.

Je dis bien «environ 7 millions de dollars» pour les raisons suivantes: d'une part, le programme de l'Association canadienne d'hygiène publique est de 3,7 millions de dollars, et les services...

**M. McCurdy:** Sur cinq ans.

**M. Epp (Provencher):** Oui, et les services communautaires et l'éducation recevront environ 4,8 millions de dollars. Je ne dis pas que cette somme sera tout entière consacrée à l'éducation, mais c'est environ 7 millions de dollars qui iront à un programme qui n'a pas encore une année d'existence. Nous devrions d'abord, à mon avis, donner à ce programme une chance d'être lancé et procéder ensuite à une évaluation en considérant les choses sous votre angle.



## [Texte]

There is not a reluctance on my part to get involved in education, if that is the genesis of your question, or part of the question. But I do think it is important that we launch the program first.

Also, I should mention to you that through the CPHA and other agencies, we believe the value for public service time we will be getting on the media will well exceed the \$3.7 million or the \$7 million projected over the next five years.

We can play with a lot of figures. You mentioned the U.K. figures, and you had one set of figures, and that is fine. But for example, if you take a look to date at the expenditure in per capita population in Canada on AIDS relative to the U.K., it is two to one. What the U.K. did, in fairness to them, was they came forward with a roughly \$40 million publicity campaign, 20 million pounds, and they have taken that route obviously more directly than we have so far, or the U.S. has, and have put less emphasis to date, as we understand it, for example, on other parts of the program, such as research or community services. So one can argue, where should the emphasis be?

But I do think it would be valid for all of us, when I look back... that in 1982 the former government put money into AIDS... and I have said this many times: I commend my predecessor. I think she put forward a program at that time in view of what the department and medical researchers knew at the time, and she put it into place for a relatively short period of time, to be reassessed, which we did, and the committee also did their assessment, as is reported in the committee report.

• 1930

I think we can argue over numbers, but I do think what we should do now is get the program launched, let us see how it functions, let us evaluate its effectiveness, and then you and I might have to have another discussion similar to what we are having tonight.

**Mr. McCurdy:** I look forward to that. If there is any way of materially affecting these projections over the short term, however valuable research is...

And just to set the record straight, the implication, by suggesting that more emphasis should be put on education, that this old biologist does thereby argue against research—

**Mr. Epp (Provencher):** Nor was I implying that.

**Mr. McCurdy:** —is a bit on the ludicrous side.

The most significant approach to doing something about those projections is public education and the support for community AIDS groups, and so on. I guess I am to understand that you are prepared to rethink it.

Now, what I am interested in here is that some of the provinces, such as Ontario, have now introduced AIDS education in the schools. There seems to be a movement to frank discussion of AIDS. AIDS is loaded with potential for

## [Traduction]

Ce n'est pas que je manque d'enthousiasme pour l'éducation, si c'est ce que vous voulez dire dans votre question ou dans une partie de votre question, mais il me semble important de faire d'abord démarrer le programme.

J'aimerais également vous signaler que grâce à l'Association canadienne d'hygiène publique et à d'autres organismes, nous obtiendrons des médias, au cours des cinq prochaines années, du temps de publicité qui dépassera de beaucoup les 3,7 millions de dollars ou les 7 millions de dollars prévus.

On peut jongler avec toutes sortes de chiffres. Vous nous avez donné ceux du Royaume-Uni, et d'autres encore, et c'est très bien, mais si vous examinez aujourd'hui les dépenses par personne, au Canada, pour le SIDA et les comparer avec le Royaume-Uni, vous constaterez que nous dépensons deux fois plus. Le Royaume-Uni, il faut lui rendre justice sur ce point, a lancé une campagne de publicité de 20 millions de livres, soit environ 40 millions de dollars, et est intervenu beaucoup plus directement que nous ne l'avons fait à ce jour, nous ou les États-Unis, mais en s'attachant moins, nous a-t-on dit, à d'autres aspects du programme, par exemple la recherche ou les services communautaires. C'est une question de choix et l'on peut se demander sur quel aspect il convient d'insister.

Mais nous devrions tous nous pencher sur le passé... lorsqu'en 1982 le gouvernement précédent a consacré des fonds au SIDA... je le dis et le répète: mon prédécesseur mérite des louanges, car elle a mis en place un programme en tenant compte de ce que savaient le ministère et les cercles médicaux. C'était un programme établi pour une période relativement courte et qui devait être réévalué, ce que nous avons fait et le Comité a également porté son jugement, comme il ressort de son rapport.

Nous pouvons toujours discuter chiffres, mais je crois qu'il serait préférable de lancer le programme, de voir comment il fonctionne, d'en évaluer l'efficacité, et plus tard, peut-être tenir une autre discussion comme celle de ce soir.

**M. McCurdy:** J'attends l'occasion avec impatience. S'il y avait moyen de modifier ces projections à court terme, malgré l'importance de la recherche...

Je tiens à faire une mise au point. En disant qu'il faudrait accorder plus d'importance à l'éducation, vous avez laissé entendre que ce vieux biologiste s'oppose en fait à la recherche, ce qui est...

**M. Epp (Provencher):** Je ne l'ai jamais sous-entendu.

**M. McCurdy:** ... parfaitement ridicule.

La façon la plus sûre de modifier ces projections est de sensibiliser le public, d'appuyer les groupes communautaires pour le SIDA, etc. Et si je comprends bien, vous allez y réfléchir.

Maintenant, ce qui m'intéresse, c'est que certaines provinces, comme l'Ontario, viennent de lancer dans les écoles un programme de sensibilisation au SIDA. Il semble y avoir une forte tendance à la discussion ouverte de cette maladie. Le

## [Text]

misunderstanding. I noted that you said that 20% to 35% of those affected by the virus are liable to get the disease. I assume you mean those who are immuno-positive. There is a difference. And there begins, right down the line, a whole host of bases for misunderstanding. The simple statement that AIDS is sexually transmitted is to imply a character of the disease that is not thus completely explained, and all of this means that communication about the disease has to be pretty frank, pretty blunt, pretty straightforward, and pretty bloody honest.

My question to you, sir, is the federal government, through the Canadian Public Health Association, prepared to engage in a program of education that will be completely and straightforwardly honest about the ways in which the disease is transmitted, will explain why there are certain risk groups, and what all the alternative ways are of preventing the disease, whether it be abstinence, celibacy, condoms, or whatever? If the federal government considers it appropriate to pursue an honest, straightforward, and complete educational program designed to allow people to make decisions which will contribute to the prevention of the disease, what then do we do as a federal government in response to provinces which may very well, if one listens to the pronouncements of Prime Ministers, resist such an approach?

**The Chairman:** Mr. McCurdy, that was your last question for this round.

**Mr. McCurdy:** I figured it would be. That is why I thought I had better cover everything!

**The Chairman:** It might be your last question for a couple of rounds!

**Mr. Epp (Provencher):** Not bad, not bad. In the finest tradition of all positions!

**Mr. McCurdy:** Not as the Opposition, as a scientist concerned about a disease about which we have known about a little longer than governments.

**Mr. Epp (Provencher):** First of all, in terms of the education program, I will ask Dr. Walters to answer, and then what he has not picked up I will pick up at the end of his presentation, if that is acceptable.

**Dr. J. Walters (Director, AIDS Education and Awareness Program, Department of National Health and Welfare):** I think I can answer to some of those questions as representing the Canadian Public Health Association, an association of some 3,500 public health professionals with good links to other professionals and many groups in the community at the national level, the provincial level, and the community level.

I think I can try to assure you that we have already begun this with major messages and interviews on the mass media at the present time; that we would in fact strive to present an honest, detailed, and complete description of the problem and its prevention. We are already doing that through public health agencies all across the country, and we will intensify that at the national level with our program.

## [Translation]

SIDA présente toutes sortes de possibilités de malentendu. Vous avez dit que de 20 p. 100 à 35 p. 100 de ceux qui sont touchés par le virus sont susceptibles d'en tomber malades. J'imagine qu'il s'agit là de ceux qui sont séropositifs. Car il y a une différence. Et c'est là qu'il peut y avoir des malentendus de toutes sortes et sur toute la ligne. Le simple fait de dire que le SIDA est une maladie transmissible sexuellement donne à cette maladie un aspect mystérieux, et c'est pourquoi les communications au sujet de cette maladie doivent être très franches, très directes et parfaitement honnêtes.

Voici ma question. Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de l'Association canadienne d'hygiène publique, est-il disposé à entreprendre un programme de sensibilisation qui expliquera tout à fait clairement les façons dont cette maladie peut être transmise, les raisons pour lesquelles certains groupes courent plus de risques, et les différentes façons d'éviter la maladie, que ce soit par l'abstinence, le célibat, les préservatifs, ou autre chose? Si le gouvernement fédéral juge bon d'entreprendre un programme exhaustif de sensibilisation qui soit honnête et direct et qui permette aux gens de prendre des mesures qui leur éviteront de la contracter, que faire des provinces qui, s'il faut en croire le premier ministre, refuseraient un tel programme?

**Le président:** Monsieur McCurdy, c'était votre dernière question pour ce tour.

**M. McCurdy:** C'est ce que j'ai pensé, et c'est pourquoi j'ai décidé de tout couvrir!

**Le président:** Ce sera peut-être même votre dernière question pour quelques tours!

**M. Epp (Provencher):** Pas si mal. C'est dans la plus pure tradition de tous les députés de l'opposition!

**M. McCurdy:** Ce n'est pas à titre de député de l'opposition que je l'ai fait, mais comme scientifique qui s'inquiète d'une maladie que le milieu médical connaît depuis un peu plus longtemps que les gouvernements.

**M. Epp (Provencher):** Tout d'abord, je vais demander au Dr Walkers de répondre à la question au sujet du Programme de sensibilisation, après quoi, si vous le voulez bien, je compléterai les éléments auxquels il n'a pas répondu.

**Dr J. Walkers (directeur, Programme de sensibilisation au SIDA, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Je vais essayer de répondre à certaines de ces questions en tant que représentant de l'Association canadienne d'hygiène publique, qui est une association regroupant quelque 3,500 professionnels de la santé publique et qui entretient de bonnes relations avec d'autres professionnels et bien des groupes nationaux, provinciaux et communautaires.

Je puis vous assurer que nous avons déjà entrepris une importante campagne de sensibilisation comprenant des messages et des entrevues dans les médias, et que nous avons l'intention de faire une description honnête, détaillée et exhaustive du mal et des façons de le prévenir. C'est ce que nous faisons déjà par l'intermédiaire d'organismes de la santé



[Texte]

• 1935

So our program really is a multi-faceted one where we will certainly want to talk about some of the pressing aspects of the disease, where this 50,000—and the ramifications of having that many people with the virus—exist in Canada.

That number could grow to some very large numbers if we do not stress the preventive aspect of it now and each of us learn about the disease, understand how it is contracted, and alternatively how it is not contracted, because of the mythology there, and then press ahead into the messages about the things that Canadians must act upon now to prevent transmission of the disease, the transmission of the disease by shared needles in which blood is exchanged in the drug abuse situation, and some of the other mechanisms, those being the main ones at the present time extent in Canada.

Through our connections and through our programs which will be with the media, with officials in public health at all levels and with health professionals and with community groups, we anticipate that we will be able to enhance that awareness significantly in Canada at the present time.

**The Chairman:** Minister, did you wish to amplify?

**Mr. Epp (Provencher):** Thank you, Mr. Chairman. You asked me the question whether we were prepared to discuss the various aspects of sexual activity. The answer to that is yes. I cannot defend, nor am I commenting on comments attributed, for instance, to the Premier of British Columbia, but I do think Canadians would expect, in a public health education approach, that we give the entire details. For example, that there are various ways of protecting oneself ranging all the way from not engaging in sexual activity—there are Canadians who have obviously made that choice, including young Canadians—the safer approach of monogamous relationships and what today in public, in the media, for instance, is called safe sex, that is, how to protect oneself if multiple partners are in fact the case.

So if you are asking me about the range, the answer to that is yes.

**The Chairman:** Thank you, Minister.

Mr. Turner, I will allow you 15 minutes, the same as your colleague across the way had, and then Ms Copps.

**Mr. McCurdy:** I am sorry sir, but I timed myself very carefully. He ended up after twelve-and-a-half minutes.

**The Chairman:** No. Since you started it is exactly 15; I kept track of it.

Mr. Turner.

[Traduction]

publique à travers le pays, et nous avons l'intention d'intensifier notre campagne à l'échelle nationale.

Il s'agit donc d'un programme à plusieurs volets qui nous permettra de discuter de certains éléments les plus urgents de la maladie, notamment le fait qu'il existe au Canada 50,000 porteurs du virus—et toutes les conséquences que cela peut entraîner.

Ce nombre pourrait continuer de se multiplier si nous n'insistons pas sur les mesures préventives. Nous devons tous et chacun nous informer sur le Sida, comprendre comment on peut le contracter, et, par le fait même, dissiper tous les mythes entourant les façons de le contracter, puis transmettre des messages clairs pour expliquer aux Canadiens comment prévenir la transmission de cette maladie. Et cela comprend la transmission par la voie sexuelle, par le partage de seringues hypodermiques dans le cas des narcomanes, et d'autres façons, ces deux-là étant les plus courantes à l'heure actuelle au Canada.

Grâce à nos contacts et à nos programmes organisés de concert avec les médias, les représentants de tous les niveaux du secteur de la santé publique, et les professionnels de la santé des groupes communautaires, nous prévoyons accroître considérablement la sensibilisation des Canadiens.

**Le président:** Monsieur le ministre, voulez-vous ajouter quelque chose?

**M. Epp (Provencher):** Merci, monsieur le président. Vous m'avez demandé si l'on était prêt à discuter des divers aspects de l'activité sexuelle. Ma réponse c'est oui. Je ne peux pas justifier les remarques attribuées, par exemple, au premier ministre de la Colombie-Britannique, et je n'ai pas l'intention d'en discuter, mais, dans le contexte d'un programme de sensibilisation du public en matière de santé, je crois que les Canadiens s'attendent à ce qu'on leur donne tous les détails pertinents. Par exemple, ils s'attendent à ce qu'on leur explique qu'il y a diverses façons de se protéger, depuis l'abstinence—de toute évidence, il y a des Canadiens qui ont fait ce choix y compris des jeunes—jusqu'à la solution la plus sécuritaire, qui est celle des relations monogames, en passant par ce qu'on appelle aujourd'hui dans les médias les rapports sexuels sans danger, c'est-dire les façons de se protéger lorsqu'on a plusieurs partenaires sexuels.

Alors, si vous parliez de toute la gamme des moyens préventifs, je vous réponds que oui.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Monsieur Turner, je vous accorde 15 minutes comme à votre collègue de l'autre côté de la table, après quoi ce sera au tour de madame Copps.

**M. McCurdy:** Excusez-moi, mais j'ai mesuré mon temps très soigneusement. Le ministre a fini de répondre après douze minutes et demie.

**Le président:** Non. Vous avez commencé à 19h15 exactement; j'ai chronométré tout ça.

Monsieur Turner.



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman. Welcome, Mr. Minister and your colleagues.

We are obviously talking about a very serious problem. When the committee reported on AIDS in April of 1986, I believe there were 541 cases, of which 50% had died of previous illness. Now you tell us there are 873 cases. The numbers are increasing and, as Dr. McCurdy referred to the expenditures between Canada, the U.S. and the U.K., we seem to be very low on the totem pole in terms of per patient expenditure. During our committee deliberations last year, when we focussed on this problem, we heard from a lot of researchers from all over the country who said we should be boosting our spending in research on AIDS.

The committee made 23 recommendations, one of which was that more money be spent—not re-allocated money but new money—on the problem. I am wondering, Mr. Minister, in a broad sense what is your assessment now of the situation in terms of federal spending on what is obviously a very serious national problem?

**Mr. Epp (Provencher):** As I said to Mr. McCurdy earlier, Mr. Turner, I would like to see the program up and running; a number of aspects of it were before the five-year, \$39 million announcement. There is no question in my mind that we have strengthened the provincial and scientific co-ordination. That has been a process of time and knowledge relative to the disease.

I do not want this misinterpreted, because we are dealing with a very serious subject here and I am not being defensive about the matter at all.

• 1940

If we are only looking at money, the \$39 million, there are obviously other costs related to research done by the Medical Research Council, NHRDP, the provinces, quite apart from the public health costs, which Canadians, through their provincial organizations, are carrying as well. So we can concentrate on the \$39 million, but I do not think that gives us a true picture if we are relating to cost only.

So as I have said to Mr. McCurdy, this matter is going to have to be examined on an ongoing basis. But I do think at the present time . . . and the advice I have received from scientific sources, from those who work very closely with the disease and with its increasing number of patients, is that at the present time they feel we are well positioned relative to the cases. But again, it is an open question, and I am not closing the book on it, obviously.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

I want to build a bit on the question of education. It is the old ounce-of-prevention, pound-of-cure approach, which we

[Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président. Monsieur le ministre, je vous souhaite la bienvenue, à vous et à ceux qui vous accompagnent.

Il s'agit manifestement d'un problème très grave. Lorsque le Comité a présenté son rapport sur le Sida en avril 1986, je crois qu'il y avait quelque 541 cas, dont 50 p. 100 avaient succombé à d'autres maladies. Vous nous dites maintenant qu'il y a 873 cas. Les chiffres sont à la hausse. M. McCurdy a mentionné les dépenses faites par patient au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni, et notre pays semble le moins généreux à cet égard. L'an dernier au cours de nos délibérations sur cette question, nous avons entendu les témoignages de nombreux chercheurs de partout au pays qui nous ont recommandé d'augmenter les dépenses consacrées à la recherche sur le Sida.

Le Comité a fait 23 recommandations dont une était que l'on dépense plus d'argent—il ne s'agissait pas de réaffecter des fonds, mais d'utiliser des fonds nouveaux—pour l'étude de ce problème. Je me demande, monsieur le ministre, comment vous voyez la situation pour ce qui est de consacrer des fonds du gouvernement fédéral à ce qui est manifestement un très grave problème national.

**M. Epp (Provencher):** Comme je l'ai dit à M. McCurdy tout à l'heure, je voudrais que le programme soit lancé; certains éléments étaient déjà à l'oeuvre avant que le gouvernement annonce son intention d'y consacrer 39 millions de dollars pour cinq ans. Il est absolument évident que la coordination entre les provinces et le milieu scientifique s'est améliorée. C'est un processus qui prend du temps mais qui nous permet d'acquérir des connaissances au sujet de cette maladie.

Ne vous méprenez pas, c'est un sujet très grave et je ne suis pas du tout sur la défensive.

Mais s'il ne s'agit que de l'argent, il y a toutes sortes d'autres coûts qui viennent s'ajouter aux 39 millions de dollars pour couvrir la recherche menée par le Conseil de recherches médicales du Canada, le Programme national de recherche de développement en matière de santé et les provinces, à part les coûts de la santé publique, que doivent aussi payer les Canadiens par l'intermédiaire de leurs programmes provinciaux. Nous pouvons donc concentrer nos efforts avec les 39 millions de dollars, mais cela ne nous donne pas une idée exacte de la situation si nous ne pensons qu'au coût.

Donc, comme je l'ai dit à M. McCurdy, il va falloir suivre cette question de près. Mais je crois que pour l'instant . . . et je sais, par ceux qui travaillent sur cette maladie et avec le nombre croissant de malades, qu'à leur avis, en ce moment, le gouvernement fait son possible. Encore une fois, le dossier n'est évidemment pas clos.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

J'aimerais avoir plus de détails sur la question de la sensibilisation. C'est le vieux proverbe qui entre en jeu: vaut

[Texte]

are also looking at, as you are well aware, with our study on the illicit drug problem in Canada. The U.S. Surgeon General reported recently that sex and safe sex education should be taught in grades 3 and 4 in the U.S. school system. I find it a bit alarming, to say the least, that he would recommend that. But I want to get your sense as to what you think the federal government's role is in educating children concerning the problem of AIDS.

**Mr. Epp (Provencher):** I know the Surgeon General very well. I knew the Surgeon General well before he became Surgeon General and before I became Minister of Health. I think from time to time some people might argue that he and I—and I do not really think it is fair—because of the backgrounds we might share, are not interested in or concerned about health education relative to human sexuality. Every indication I have from Dr. Koop and my own attitudes is that is not the case.

But there is no doubt, for instance in Canada, when we talk about health education and this disease, that the provinces are intimately involved, and it is for that reason that we want this very close federal-provincial co-ordination. I do not think I have to tell you, as I am sure I do not have to tell other members of the committee, about the provinces' willingness to step up the matter of health education.

Though I can only take it anecdotally, because of jurisdictional requirements, I think for those of us who were teaching at one time—and all of us have been through the public education system—from time to time there were certain questions as to the manner in which health was taught. It was a subject too often that one had to pass to be able to graduate. What I am hearing from the education systems now regarding this disease is there is a very direct message, very direct education. Students are being told very directly the implications and the conditions surrounding the illness.

So again, I think the Canadian experience, which is primarily a provincial one... but where we can help in terms of giving information, in terms of being a clearing-house for information, plus doing the CPHA public information, plus information to high-risk groups... I think is the best approach, in light of the Canadian experience between the provinces and the federal government.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Perhaps Dr. Walters might answer this question, following up on the education requirements. Will it be a continuous type of education program, or are we taking the approach of a one-shot, six-month effort, or are there plans to make the public-awareness programs a continuous effort?

**Dr. Walters:** Certainly from our programs perspective, there will need to be a continuing program.

[Traduction]

mieux prévenir que guérir, et c'est aussi quelque chose que nous examinons, comme vous le savez, dans le cadre de notre étude sur le problème des stupéfiants au Canada. Le directeur de la Santé militaire des États-Unis a récemment déclaré qu'il faudrait parler du sexe et des rapports sexuels sans danger aux enfants de troisième et quatrième années. Je trouve cette recommandation plutôt alarmante. Mais je voudrais avoir votre opinion sur le rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est de sensibiliser les jeunes aux problèmes du SIDA.

**M. Epp (Provencher):** Je connais très bien le directeur de la Santé militaire américaine. Je le connaissais d'ailleurs avant qu'il ne soit nommé à son poste et avant que je ne devienne ministre de la Santé. Il peut arriver de temps en temps que des gens nous accusent— injustement, d'ailleurs—à cause de nos antécédents communs, de nous soucier peu des questions d'éducation en matière de sexualité humaine. Pour ma part, et d'après ce que je sais du Dr Koop, je peux vous assurer qu'il n'en est rien.

Mais au Canada, par exemple, lorsqu'on parle de sensibilisation en matière de santé et de cette maladie, il n'y a pas de doute que les provinces participent activement et c'est pour cela que nous avons besoin de cette coordination fédérale-provinciale. Inutile de vous parler de la volonté des provinces d'accélérer le processus de sensibilisation.

Je ne le mentionne qu'en passant, à cause des impératifs de compétence, mais ceux d'entre nous qui ont déjà enseigné—et nous avons tous passé par le système public d'enseignement—ont vu remettre en question de temps en temps la façon dont l'hygiène était enseignée. C'était souvent un sujet qu'il fallait réussir avant d'obtenir son diplôme. De ce que j'ai vu du système d'éducation, le message concernant cette maladie est très clair, et les programmes de sensibilisation sont très directs. On enseigne sans équivoque aux étudiants toutes les conséquences et les conditions de la maladie.

Donc encore une fois, au Canada, particulièrement à l'échelle provinciale... là où nous pouvons contribuer au niveau de l'information, en plus des renseignements que diffuse l'Association canadienne d'hygiène publique et des campagnes de sensibilisation des groupes qui courent le plus de risques... à mon sens, c'est la meilleure façon d'aborder le problème, compte tenu de la collaboration entre les provinces et le gouvernement fédéral.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Le Dr Walters pourrait peut-être répondre à ma question suivante, au sujet des modalités de sensibilisation. S'agirait-il d'un programme permanent ou d'une campagne ponctuelle de six mois?

**Dr Walters:** En ce qui concerne nos propres programmes, ce sera une campagne permanente.

• 1945

We have designed activities over the five years of the initial phase of the program. But we are very sensitive to the idea that we are at the front end of a major epidemic that will teach

Nous avons conçu des activités pour les cinq années de la première étape du programme. Mais nous sommes très conscients du fait que ce n'est que le début d'une épidémie



[Text]

us things in future years about different directions to go in, and if we are sensitive to those collectively at Health and Welfare and CPHA, then we will be able to pick up on new activities and new messages as they are required. If we can be in front of those issues and do the necessary research and then design the programs to meet the need, we are certainly going to be looking at that for many years.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I want to ask, I suppose, a legal question or even an ethical one.

A prostitute in Ottawa, as you might recall, was diagnosed recently as having AIDS. My understanding is that she is still at large, shall we say. Ontario has what is called a Health Protection and Promotion Act, and I wonder if that is sufficient to detain someone who might be perceived as a threat to society; for example, this prostitute with AIDS.

**Mr. Gregory Smith (Co-ordinator, National AIDS Centre, Department of National Health and Welfare):** If you will permit me to clarify that, the individual you are talking about does not have AIDS; she is 0-positive for HIV, the human immunodeficiency virus. She has to be considered infectious to others, and she received the appropriate counselling and direction from the local medical officer of health at the time. But the existing legislation does not provide for measures other than her counselling under the circumstances. She has been through the judicial process and has come out at the other end, after having completed parole and probation at the present time.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Maybe it is time for us to change the legal process. If I am not mistaken, Texas has done this. You are the experts; correct me if I am wrong. Should we be looking at doing something along the lines of changing legislation within that so-called threat to society that someone like that might be posing?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Turner—excuse me, Mr. Chairman, if I ask a question—are you suggesting quarantine, or what are you suggesting?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I do not know, Mr. Minister. I am suggesting this: if someone is a carrier, as you say, not necessarily an AIDS victim, should that person be allowed to continue to pursue her exploits as a prostitute and conceivably give this fatal disease to other people? It is an ethical or legal question; I realize that, but it is one we might have to face very shortly.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I cannot answer that question. As Mr. Smith has pointed out, there has been the due process of law, and I cannot and will not comment on that side of it.

I know there have been public pronouncements from certain people that there should be quarantines similar to quarantines that were once in place with other "communicable diseases". I would suggest that this is not a correct way to go on this disease because of the long incubation period and because of other circumstances relating to the disease.

[Translation]

majeure, qui nous en apprendra long sur les différentes possibilités qui s'offrent à nous. Si le ministère et l'Association canadienne d'hygiène publique en demeurent conscients, nous réussirons à mettre au point de nouvelles activités et de nouveaux messages au besoin. Si nous savons prendre les devants, mener les recherches nécessaires et mettre au point des programmes pour répondre aux besoins, nous allons certainement y travailler pendant bien des années encore.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je voudrais vous poser une question juridique, sinon morale.

Vous vous souviendrez qu'une prostituée d'Ottawa a récemment révélé qu'elle était porteuse du SIDA. À ma connaissance, elle est toujours en liberté. L'Ontario a adopté la Loi sur la protection et la promotion de la santé, mais je me demande si elle est suffisante pour justifier la détention de quelqu'un qui présente un risque pour la société comme par exemple cette prostituée porteuse du SIDA.

**M. Gregory Smith (coordonnateur, Centre national sur le SIDA, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Permettez-moi de faire une mise au point. La personne dont vous parlez n'a pas le SIDA, les tests qu'elle a subis étaient positifs pour le VIH qui est le virus de l'immunodéficience humaine. Elle est considérée comme étant contagieuse et elle a reçu des conseils et des directives d'un médecin de la Santé publique locale. Mais la loi en vigueur ne prévoit pas d'autres mesures dans ces circonstances. Elle est passée devant les tribunaux et a été remise en liberté après avoir obtenu sa libération conditionnelle et terminé sa période de probation.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il serait peut-être temps de modifier le processus judiciaire. Si je ne me trompe, c'est ce que le Texas a fait. Mais c'est vous les experts, corrigez-moi si je me trompe. Croyez-vous que le gouvernement devrait envisager de modifier la loi en ce qui touche les risques que ce genre de personnes peut présenter pour la société?

**M. Epp (Provencher):** Permettez-moi de poser une question, monsieur le président: monsieur Turner, êtes-vous en train de proposer qu'on mette ces personnes en quarantaine?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je n'en sais rien, monsieur le ministre. Tout ce que je dis, c'est que si une personne est porteuse du SIDA, comme vous dites, sans nécessairement en être malade, devrait-on permettre à cette personne de poursuivre son métier de prostituée au risque de communiquer cette maladie mortelle à d'autres? Je comprends bien qu'il s'agisse d'une question morale ou juridique, mais il va falloir que nous y répondions bientôt.

**M. Epp (Provencher):** Je ne peux pas répondre à cette question. Comme M. Smith l'a indiqué, il y a eu une instance judiciaire dans les règles, et je n'ai ni le droit ni l'intention d'en discuter.

Je sais que certaines personnes ont déclaré publiquement que l'on devrait mettre ces personnes en quarantaine, comme on le faisait à l'époque pour d'autres «maladies contagieuses». À mon avis, ce n'est pas une bonne façon de réagir à cette maladie, étant donné la longue période d'incubation et d'autres circonstances.



[Texte]

If we were to impose penalties, quarantine or otherwise, why would anyone get tested? We have a very practical situation from a health point of view and from a disease prevention point of view. My answer is not conclusive. I do not think I have come across a conclusive answer any more than some of the parameters I have given you tonight.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** My last question, then, is this. When the committee reported in April last year, recommendation 17 suggested AIDS be identified as what is called a "reportable disease".

• 1950

Has the government decided to initiate that recommendation, or what status is that at now?

**Mr. Epp (Provencher):** A reportable disease comes under the jurisdiction of the provinces, but under the NAC-AIDS committee we obviously have worked on the basis that full information on cases in every province and the territories should be reported in that way. I believe at the present time eight provinces, under their provincial jurisdiction, are now reporting AIDS. The two that are not are Manitoba and Newfoundland.

**Ms Copps:** I would like to go back to some of the Minister's comments a few minutes ago. I understood him to say he saw three options possible for the prevention of AIDS. One is no sex; one is monogamous sex; and one is safe sex. I wonder if he could elaborate on that.

**Mr. Epp (Provencher):** No, I cannot elaborate on it, other than to say—

**Ms Copps:** I would like him to elaborate on no sex.

**Mr. Epp (Provencher):** I will elaborate on all three to this point, that if we are talking about public health education and how to protect oneself, there are some Canadians, young Canadians... and people are saying if we are giving the full information on protection, all the options should be given, in terms of education.

**Ms Copps:** The reason I am asking the question is if you look at an article from the *Toronto Star* which was circulated by your own department about a week ago, one of the main people involved with the—

**Mr. Epp (Provencher):** Excuse me for interrupting. When I am speaking about no sex, I am not referring to celibacy for a lifetime. But there are obviously young Canadians who might postpone a sexual experience for some period of time.

**Ms Copps:** The only reason I am raising it—and obviously it is not something about which we can have a broad discussion—is that one of the people most involved in the city of Toronto is reported as saying "We do not waste our breath telling people not to have sex". I am surprised the Minister would look upon that as one of the options, because to be frank with you, I would think what people would be looking at is the

[Traduction]

Si nous décidions d'imposer des sanctions, que ce soit la quarantaine ou d'autres mesures, personne ne voudrait plus passer l'examen médical. C'est une question d'ordre pratique, tant du point de vue de la santé que du point de vue de la prévention des maladies. Je sais que ma réponse n'est pas concluante. Je ne crois pas qu'il y ait de réponse plus concluante que les éléments que je vous ai donnés ce soir.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Voici ma dernière question: dans le rapport du comité déposé en avril dernier, la recommandation 17 était que la déclaration des cas de SIDA soit «obligatoire».

Le gouvernement a-t-il décidé de donner suite à cette recommandation? Quelle est la situation à l'heure actuelle?

**M. Epp (Provencher):** La déclaration des maladies relève de la compétence des provinces. Cependant, le Comité consultatif national sur le SIDA a pris la position que toutes les informations au sujet des cas qui sont relevés dans chaque province et dans les territoires devraient être déclarées. Je crois qu'à l'heure actuelle il y a huit provinces qui déclarent les cas du SIDA. Les deux provinces qui ne le font pas sont le Manitoba et Terre-Neuve.

**Mme Copps:** Je voudrais revenir sur certaines remarques faites par le ministre il y a quelques minutes. Je pense qu'il a dit qu'il y a trois solutions possibles pour la prévention du SIDA. L'une c'est l'abstinence; l'autre, c'est la monogamie; et la troisième, ce sont des rapports sexuels sans danger. Je me demande s'il pourrait nous donner davantage de détails.

**M. Epp (Provencher):** Non, je ne peux pas vous donner d'autres détails sauf pour vous dire...

**Mme Copps:** Je tiens à ce qu'il nous parle davantage de l'abstinence.

**M. Epp (Provencher):** Je vais donner des détails au sujet des trois solutions. Il s'agit de l'éducation publique et des mesures qu'on peut prendre pour se protéger. Il y a des Canadiens, et des jeunes Canadiens... Certains disent qu'il faudrait leur donner toutes les informations au sujet de la protection dans le cadre de l'éducation publique.

**Mme Copps:** Si je vous pose la question, c'est à cause d'une information qu'on lit dans un article du *Toronto Star* qui a été distribué par votre ministère il y a environ une semaine. L'une des principales personnes qui s'occupent...

**M. Epp (Provencher):** Excusez-moi de vous interrompre. Quand je parle de l'abstinence, je ne parle pas de célibat pendant toute une vie. Mais il est certain qu'il y a des jeunes Canadiens qui pourraient retarder l'expérience sexuelle pendant une certaine période de temps.

**Mme Copps:** La seule raison pour laquelle je soulève la question—et il est manifeste qu'on ne peut pas discuter de la question en détail—c'est à cause de l'observation faite par un des principaux responsables de Toronto. Cette personnalité dit: «Nous ne perdons pas notre temps à dire aux gens de s'abstenir des rapports sexuels». Je suis donc étonnée de constater que le ministre considère qu'il s'agit là d'une possibilité. Je vous dis

[Text]

possibility of having sex in a safe fashion. I would be a bit surprised—

**Mr. Epp (Provencher):** Are you suggesting, Ms Copps, that no young Canadian will postpone sex until a later date?

**Ms Copps:** Because of AIDS?

**Mr. Epp (Provencher):** For whatever his or her reasons are.

**Ms Copps:** I am surprised the Minister of Health would be suggesting that as one of the three-pronged approach... attack on AIDS in public education, which was his response to the original question.

**Mr. Epp (Provencher):** I come back to what I said. When we are speaking about education, there are a number of parent groups who are saying, yes, tell their kids the aspects of health education and sex education. Some of them have said if we only start from a safe-sex approach, there are other aspects to sexuality, and it is fair in that context to discuss the various options that exist.

**Ms Copps:** But what we are discussing here is specifically public health education to prevent the transmission of AIDS. We are not talking about discussions of spiritual and moral values—

**Mr. Epp (Provencher):** Nor am I.

**Ms Copps:** I guess you can look at the record.

I would like to go back for a moment. I think one of the officials tonight has used the word "epidemic", which presumably has come to your attention just in the space of the last number of months. Can you explain why, given this rapid increase, or certainly the public awareness over the last number of months, the federal government is only prepared to spend, through the Canadian Public Health Association, about \$700,000 on the public education program that was announced last week regarding AIDS? The government is spending about \$12 million to market free trade.

• 1955

**Mr. Epp (Provencher):** First of all, we have not suddenly become aware of this epidemic. In fact, at the first meeting of Ministers of Health, which I convened in Winnipeg, I put the question of AIDS and how we were going to handle the disease on the agenda. None of the provinces did. When we had our press conference, following the conference, none of the press asked me, so I conveyed to them that we had discussed it, and presented the issues. We then gave the figures—by the way, our projections and the figures I have given you today are almost bang on. So it is not a surprise to this Minister or to our department.

[Translation]

en toute franchise, qu'à mon avis, les gens vont plutôt considérer la possibilité des rapports sexuels sans danger. Je serais un peu étonnée...

**M. Epp (Provencher):** Voulez-vous dire, madame Copps, qu'il n'y a pas de jeunes Canadiens qui vont retarder les rapports sexuels à une date ultérieure?

**Mme Copps:** À cause du SIDA?

**M. Epp (Provencher):** Pour quelque raison que ce soit.

**Mme Copps:** Je suis étonnée de constater que le ministre de la Santé propose l'abstinence comme une des trois possibilités pour se protéger contre le SIDA dans le cadre d'une campagne d'éducation publique. C'est la réponse qu'il a donnée à la question posée plus tôt.

**M. Epp (Provencher):** Je vais revenir sur ce que j'ai dit tantôt. Il y a un certain nombre de groupes de parents qui sont d'accord pour qu'on explique à leurs enfants les différents aspects de l'éducation dans le domaine de la santé et des rapports sexuels. Certains ont dit qu'on ne parle que des rapports sexuels sans danger, on va laisser de côté d'autres aspects de la sexualité. Il convient donc de discuter des autres possibilités qui existent.

**Mme Copps:** Mais il s'agit d'une campagne d'éducation publique pour prévenir la transmission du SIDA. Nous ne discutons pas des valeurs spirituelles ou morales...

**M. Epp (Provencher):** Je ne parle pas de ces valeurs non plus.

**Mme Copps:** On a qu'à examiner les procès-verbaux.

Permettez-moi de revenir en arrière pendant un instant. Je crois qu'un des fonctionnaires a parlé d'une «épidémie» ce soir. Je suppose que vous n'êtes informé de la situation que depuis quelques mois. Étant donné la plus grande sensibilisation du public au problème depuis quelques mois, pourriez-vous m'expliquer pourquoi le gouvernement fédéral n'est disposé à dépenser, par l'entremise de l'Association canadienne d'hygiène publique, qu'environ 700,000 dollars sur un programme d'éducation publique sur le SIDA, qui a été annoncé la semaine passée? Le gouvernement dépense environ 12 millions de dollars pour commercialiser son initiative de libre-échange.

**M. Epp (Provencher):** Tout d'abord, nous ne nous sommes pas rendu compte de l'épidémie tout d'un coup dernièrement. En fait, lors de la première réunion des ministres de la santé, que j'ai convoquée à Winnipeg, j'ai inscrit à l'ordre du jour la question du SIDA. Aucune des provinces ne l'a fait. Lors de la conférence de presse à la suite de la conférence, aucun des journalistes ne m'a posé des questions sur le SIDA, donc je leur ai dit que nous avons discuté des différents volets de la question. Nous avons ensuite présenté les chiffres—et je vous dis en passant que nos prévisions et les chiffres que je vous ai donnés aujourd'hui sont presque identiques. Donc la situation n'est pas une surprise pour le ministère ni pour le ministre.



*[Texte]*

We were criticized some months ago that we had over-estimated the potential number of AIDS patients. Now, for anyone to say that "we were unprepared or did not know" simply does not square with reality.

**Ms Copps:** Basically, could you tell us why, if it is a national epidemic, if it is in fact increasing at the numbers that we have heard tonight, you are only prepared to spend \$700,000 and why you expect—

**Mr. Epp (Provencher):** We are spending \$3.7 million, plus—

**Ms Copps:** The Canadian Public Health Association specifically announced this week that they would be launching a public health campaign.

**Mr. Epp (Provencher):** We are spending approximately \$7 million on the public health education program.

**Ms Copps:** The Canadian Public Health Association this week announced a campaign where they were going to spend \$700,000 to get the message out across the airwaves of the nation.

**Mr. Epp (Provencher):** That is part of the campaign, yes.

**Ms Copps:** They are asking all television, radio stations, and newspapers to pass along this information for free. I am asking you, if it is of national concern in the fashion that we have heard tonight, and I think the figures are certainly alarming, do you not think it would also be a little bit more credible if you, the federal government, actually set aside some budget for advertising?

**Mr. Epp (Provencher):** We have set that budget aside for advertising. We have given it to the Canadian Public Health Association to do just that.

**Ms Copps:** To spend \$700,000 to send a massive message across the country—

**Mr. Epp (Provencher):** Those are your figures, not mine.

**Ms Copps:** Those are figures released by the Canadian Public Health Association this week.

**Mr. Epp (Provencher):** On one part of the education program.

**Ms Copps:** As was mentioned by you, I think you can compare that with the \$40 million program that the people of the United Kingdom decided to embark upon. I am concerned. I think you are talking tough about the war on AIDS, but not delivering the dollars and cents. Your budget has not changed in terms of public education since you announced it in May 1986.

**Mr. Epp (Provencher):** It has changed. The last—

**Ms Copps:** I am talking about the education component.

**Mr. Epp (Provencher):**—budget was zero.

**Ms Copps:** May 1, 1986.

*[Traduction]*

On nous a critiqués il y a quelques mois d'avoir sous-estimé le nombre possible de malades atteints du SIDA. Par conséquent, si quelqu'un nous dit maintenant que nous n'étions pas préparés ou que nous ne saissions pas l'importance de la situation, eh bien, cela ne coïncide tout simplement pas avec la réalité.

**Mme Copps:** S'il s'agit d'une épidémie nationale, si le nombre de cas augmente selon les chiffres que vous nous avez donnés ce soir, pourriez-vous nous dire pourquoi vous allez dépenser seulement 700,000 dollars, et pourquoi vous vous attendez...

**M. Epp (Provencher):** Nous dépensons 3,7 millions de dollars, en plus de...

**Mme Copps:** L'Association canadienne d'hygiène publique a annoncé cette semaine qu'elle allait lancer une campagne d'éducation publique.

**M. Epp (Provencher):** Nous dépensons environ sept millions de dollars sur le programme d'éducation publique.

**Mme Copps:** L'Association canadienne d'hygiène publique a annoncé cette semaine une campagne de 700,000 dollars pour faire transmettre le message sur les ondes canadiennes.

**M. Epp (Provencher):** Oui, cela fait partie de la campagne.

**Mme Copps:** L'Association demande aux stations de télévision et de radio et aux journaux de transmettre ces informations gratuitement. S'il s'agit d'une préoccupation nationale de l'envergure que vous nous avez décrite ce soir—et les chiffres sont certainement alarmants à mon avis—ne trouvez-vous pas que le gouvernement fédéral aurait un peu plus de crédibilité s'il prévoyait un budget pour la publicité?

**M. Epp (Provencher):** Nous avons prévu un budget pour la publicité. Nous l'avons donné à l'Association canadienne d'hygiène publique, justement pour entreprendre cette campagne.

**Mme Copps:** Vous allez dépenser 700,000 dollars pour transmettre un message partout au pays...

**M. Epp (Provencher):** Ce sont vos chiffres, pas les miens.

**Mme Copps:** Ce sont les chiffres qu'a annoncés l'Association canadienne d'hygiène publique cette semaine.

**M. Epp (Provencher):** Pour une partie du programme d'éducation.

**Mme Copps:** Comme vous l'avez dit, il faut faire la comparaison avec le programme de 40 millions de dollars entrepris par le Royaume-Uni. Cette situation me préoccupe. Vous parlez de lutter durement contre le SIDA, mais vous n'y affectez pas les fonds nécessaires. Le budget d'éducation publique n'a pas changé depuis l'annonce que vous avez faite en mai 1986.

**M. Epp (Provencher):** Le budget a changé. Le dernier...

**Mme Copps:** Je parle de l'élément éducation publique.

**M. Epp (Provencher):** ... budget était zéro.

**Mme Copps:** Le 1<sup>er</sup> mai, 1986.



## [Text]

**Mr. Epp (Provencher):** The budget had expired. There was no budget. So we then announced a five-year program for \$39 million.

**Ms Copps:** Which you announced on May 1, 1986.

**Mr. Epp (Provencher):** That is correct.

**Ms Copps:** What extra moneys have been set aside for education since that time?

**Mr. Epp (Provencher):** The total budget went from—at the time that it expired—

**Ms Copps:** Since that time.

**Mr. Epp (Provencher):** The total budget went from an expired budget, which was zero, to a \$39 million program for five years.

**Ms Copps:** But since May 1, 1986, have you donated any money into—

**Mr. Epp (Provencher):** Ms Copps, it just has come into effect. We have not even launched the education system, and you are already arguing that it should be more. And I am saying to you, as I said to Mr. McCurdy and Mr. Turner, if that is not enough, I am willing to reconsider. But I am not going to evaluate something before it has started.

**Ms Copps:** Why are you prepared to spend \$12 million on education for free trade?

**Mr. Epp (Provencher):** Because it is an important issue, as well, in Canada. It is going to create jobs for Canadians, which I believe they should have. It is also a national issue. So we are going to spend \$12 million on free trade and \$39 million on this program.

**Ms Copps:** How am I doing for time?

**The Chairman:** Ms Copps, if you wish, you may have another six minutes.

**Ms Copps:** I realize you do not want to comment on the statement made by the Premier of British Columbia, but do you have any comment on the statement made by the member for London East, with respect to the Ontario government encouraging deviant behaviour?

• 2000

**Mr. Epp (Provencher):** I have no comment to make on either one of them.

**Ms Copps:** Given that the member's comment was made in the House of Commons, is it not important that the government have a . . . ? Presumably, if you are promoting public education, I think you all have to be singing from the same song-book, as it were.

**Mr. Epp (Provencher):** I thought the Standing Order 21 was a private member's right to give his or her own opinion, and I am sure the Liberal Party would also want to divorce themselves from some of yours.

## [Translation]

**M. Epp (Provencher):** Le budget avait pris fin. Il n'y avait pas de budget. Nous avons ensuite annoncé un programme quinquennal de 39 millions de dollars.

**Mme Copps:** Que vous avez annoncé le 1<sup>er</sup> mai 1986.

**M. Epp (Provencher):** C'est exact.

**Mme Copps:** Quels fonds ont été affectés à l'éducation depuis cette date?

**M. Epp (Provencher):** Au moment où le budget a pris fin—le budget total est passé de . . .

**Mme Copps:** Depuis cette date.

**M. Epp (Provencher):** Le budget total est passé d'un budget qui avait pris fin, et qui était donc zéro, à un budget de 39 millions de dollars sur cinq ans.

**Mme Copps:** Mais depuis le 1<sup>er</sup> mai 1986, avez-vous donné des fonds à . . .

**M. Epp (Provencher):** Ce budget vient d'entrer en vigueur madame Copps. On n'a même pas lancé le programme d'éducation publique, et vous nous dites déjà que le budget devrait être plus élevé. Comme je l'ai déjà dit à MM. McCurdy et Turner, je vous dis que si le budget n'est pas suffisant, je serai disposé à le réexaminer. Mais je ne vais pas évaluer un programme avant qu'il n'ait commencé.

**Mme Copps:** Pourquoi le gouvernement est-il disposé à dépenser 12 millions de dollars sur l'éducation publique dans le domaine du libre-échange?

**M. Epp (Provencher):** Parce qu'il s'agit d'une autre question importante pour le Canada. Cette initiative va créer des emplois pour les Canadiens, et je crois qu'ils y ont droit. Il s'agit également d'une question nationale. Donc nous allons dépenser 12 millions sur le libre-échange et 39 millions dans le cadre de ce programme.

**Mme Copps:** Combien de temps me reste-t-il?

**Le président:** Il vous reste six minutes, madame Copps, si vous les voulez.

**Mme Copps:** Je sais que vous ne voulez pas faire de remarques sur la déclaration faite par le premier ministre de la Colombie-Britannique, mais j'aimerais savoir si vous avez quelque chose à dire au sujet de la déclaration du député de London Est, selon laquelle le gouvernement de l'Ontario encourageait un comportement pervers?

**M. Epp (Provencher):** Je n'ai aucun commentaire à faire sur aucune de ces questions.

**Mme Copps:** Puisque le commentaire du député a été fait à la Chambre des communes, n'est-il pas important que le gouvernement ait . . . ? Présument, si vous faites la promotion de l'éducation du grand public, je crois que vous devez tous chanter le même cantique.

**M. Epp (Provencher):** Je croyais que le règlement 21 donnait au simple député le droit de faire entendre son opinion et je suis sûr que le parti libéral voudrait aussi prendre ses distances vis-à-vis certaines de vos déclarations.

[Texte]

**Ms Copps:** But you do not have any problem in terms of the kind of message that sends out. One week we hear—

**Mr. Epp (Provencher):** I said I was not going to comment on some private member's statement. I have a responsibility as a Minister, and I will do that.

**Ms Copps:** But, Mr. Minister, I think the question people in Canada want to ask is whether in fact you are committed to the question of education. We have seen the Ontario government, and they have come across with a program to show they are committed.

**Mr. Epp (Provencher):** How much money are they spending?

**Ms Copps:** I know their budget with respect to the ACT committee in Toronto has doubled in the last year.

**Mr. Epp (Provencher):** How much are they spending?

**Ms Copps:** I am actually here to question the federal Minister; I am not a provincial member any more.

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, but you made a statement, and the statement had better be backed by fact.

**Ms Copps:** The statement related to education.

**The Chairman:** Order, please. Order.

**Ms Copps:** I think specifically the initiative of the Ontario government last week to make compulsory the inclusion of AIDS prevention in their sex education classes was a very positive step that is going to go a long way in the element of education as it relates to AIDS prevention. I have not seen the same consistency in the message from the federal government.

On the one hand, you have members making statements; and on the other hand, the Minister says he is not going to spend any more money on education. Then we see the Canadian Public Health Association announcing a program that is pitiful in its scope. You are expecting to send a message country-wide for \$700,000.

**Mr. Epp (Provencher):** I do not think you should describe the Canadian Public Health Association in that way.

**Ms Copps:** The funding is pitiful in its scope.

**Mr. Epp (Provencher):** Second, I should say this. By the way, the comment that Ontario is going to do the education is great. But if take a look at the money Ontario is spending, you will find it comes from this department and from this Minister, not from the Government of Ontario.

**Ms Copps:** Well, it is called EPF transfer payments—

**Mr. Epp (Provencher):** No, no, that is the budget, out of this one right here. If you want, I will give you the budget. That is why I kept asking how much Ontario is spending, because you did not know and I did. I know who is spending the money.

**Ms Copps:** Can you explain, then, why the—

[Traduction]

**Mme Copps:** Mais le message qu'il fait passer ne vous fait pas sursauter. Une semaine, on entend dire que . . .

**M. Epp (Provencher):** J'ai dit que je n'allais faire aucun commentaire sur une déclaration d'un simple député. J'ai ma responsabilité de ministre et je m'en tiens à cela.

**Mme Copps:** Mais, monsieur le ministre, je crois que la question que le peuple du Canada veut vous poser, c'est de savoir si vous vous êtes engagé en faveur de l'éducation. Nous avons vu faire le gouvernement ontarien, et il a conçu un programme qui prouve son engagement.

**M. Epp (Provencher):** Combien dépense-t-il?

**Mme Copps:** Je sais que leur budget pour ce qui est du comité ACT à Toronto a doublé pendant la dernière année.

**M. Epp (Provencher):** Combien dépense-t-il?

**Mme Copps:** Je suis ici pour poser des questions au ministre fédéral; je ne suis plus député du gouvernement provincial.

**M. Epp (Provencher):** Oui, mais vous venez de faire une déclaration, et il faut l'étayer par des faits.

**Mme Copps:** La déclaration concernait l'éducation.

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît. À l'ordre.

**Mme Copps:** Je crois très précisément que l'initiative prise par le gouvernement de l'Ontario la semaine dernière, c'est-à-dire l'introduction de l'enseignement sur la prévention du SIDA dans les cours d'éducation sexuelle est une mesure très positive et fera beaucoup pour la prévention du SIDA. Je n'ai pas perçu le même engagement dans le message du gouvernement fédéral.

D'une part, des députés font des déclarations; d'autre part, le ministre nous dit qu'il ne va pas consacrer un sou de plus à l'éducation. Ensuite il y a l'Association canadienne d'hygiène publique qui nous annonce un programme absolument pitoyable. Vous vous attendez à faire passer votre message dans tout le pays avec un budget de 700,000\$.

**M. Epp (Provencher):** Je ne crois pas que vous devriez dire cela de l'Association canadienne d'hygiène publique.

**Mme Copps:** Comme financement, c'est pitoyable.

**M. Epp (Provencher):** Deuxièmement, je vous dirai ceci. Vous avez souligné que l'Ontario va s'occuper de l'éducation, et c'est fantastique. Mais d'où vient l'argent que dépensera l'Ontario? Vous constaterez que les fonds viennent de mon ministère et du ministre qui est devant vous, pas du gouvernement de l'Ontario.

**Mme Copps:** Eh bien, c'est tout simplement la péréquation grâce au financement des programmes établis . . .

**M. Epp (Provencher):** Non, non, c'est pris à même le budget, dans le budget que vous avez devant vous. Si vous voulez, je vous fais parvenir ce budget. C'est pour cela que je persiste à vous demander combien dépense l'Ontario parce que vous ne le savez pas et moi, je le sais. Je sais qui dépense l'argent.

**Mme Copps:** Alors pouvez-vous nous expliquer pourquoi . . .



## [Text]

**Mr. Epp (Provencher):** No, I want to give you the money first.

**Ms Copps:** You can table it on your time, okay?

**Mr. Epp (Provencher):** Ontario is getting \$400,000—

**Ms Copps:** Mr. Chairman, he can table that on his time.

**Mr. Epp (Provencher):** —for the Ontario Public Education Panel on AIDS.

**Ms Copps:** I did not ask him a question about the Ontario government spending.

**The Chairman:** That is germane to the—

**Mr. Epp (Provencher):** But you just asked me.

**Ms Copps:** He asked me.

**The Chairman:** Order.

**Mr. Epp (Provencher):** I am saying to you that—

**Ms Copps:** I did not ask you.

**Mr. Epp (Provencher):** —Ontario is getting from this department \$400,000—

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I think the record will show that I did not ask him. If he wants to table that information, he is perfectly free to do so.

**Mr. Epp (Provencher):** I would love to.

**Ms Copps:** I asked the Minister why the federal government was introducing a program that was supposed to be nationwide in its scope and spending only \$700,000. That is the one for which I have not yet heard an answer.

**The Chairman:** Another question, Ms Copps? Mr. Minister, do you still wish to respond?

**Ms Copps:** The question I am asking you is how you can announce a program that is supposed to be national in scope with only a \$700,000 budget.

**Mr. Epp (Provencher):** When the program is launched on March 3 and after it has been running for awhile, maybe we should analyse it again.

**The Chairman:** Ms Copps, one more question.

**Ms Copps:** So you do not have any concerns about it. For example, the statement in the standing committee pointed out the cost of the hospitalization and treatment of one AIDS patient.

**Mr. Epp (Provencher):** About \$40,000.

**Ms Copps:** I think the figure is \$40,000 for 75 days of hospitalization. Do you not think that in terms of straight economics, notwithstanding humanitarian grounds and everything else, it would make a lot more sense for us to be putting very serious contributions up front now for prevention as opposed to allowing the numbers to increase at the rate they

## [Translation]

**M. Epp (Provencher):** Non, je veux d'abord vous donner les fonds.

**Mme Copps:** Vous nous le ferez savoir pendant le temps qui vous est alloué, n'est-ce pas?

**M. Epp (Provencher):** On donne 400,000 à l'Ontario . . .

**Mme Copps:** Monsieur le président, il pourra nous donner ce renseignement pendant son temps de parole.

**M. Epp (Provencher):** Pour la *Ontario Public Education Panel* sur le SIDA.

**Mme Copps:** Je ne lui ai posé aucune question sur les dépenses effectuées par le gouvernement de l'Ontario.

**Le président:** C'est tout à fait pertinent . . .

**M. Epp (Provencher):** Mais vous venez tout juste de me le demander.

**Mme Copps:** C'est lui qui me l'a demandé.

**Le président:** À l'ordre!

**M. Epp (Provencher):** J'essaie de vous dire que . . .

**Mme Copps:** Je ne vous l'ai pas demandé.

**M. Epp (Provencher):** . . . notre ministère donne 400,000\$ à l'Ontario . . .

**Mme Copps:** Monsieur le président, si vous consultez le compte rendu, vous verrez que ce n'est pas moi qui lui ai posé la question. S'il veut déposer ces renseignements, il est parfaitement libre de le faire.

**M. Epp (Provencher):** Je serai heureux de le faire.

**Mme Copps:** J'ai demandé au ministre pourquoi le gouvernement fédéral mettait sur pied un programme supposément d'envergure nationale auquel on ne consacrerait que 700,000\$. Voilà la question à laquelle on n'a pas encore répondu.

**Le président:** Une autre question, madame Copps? Monsieur le ministre, vous voulez toujours répondre?

**Mme Copps:** La question que je vous pose est la suivante: Comment pouvez-vous annoncer un programme supposément d'envergure nationale assorti d'un budget de seulement 700,000\$?

**M. Epp (Provencher):** Le programme sera lancé le 3 mars, nous verrons comment cela se passe pendant un certain temps et ensuite peut-être nous faudra-t-il l'analyser de nouveau.

**Le président:** Madame Copps, une dernière question.

**Mme Copps:** Donc, c'est le cadet de vos soucis. Par exemple, dans la déclaration faite au comité permanent, on a souligné combien il en coûtait pour hospitaliser et traiter un patient atteint du SIDA.

**M. Epp (Provencher):** Environ 40,000\$.

**Mme Copps:** Je crois que c'est 40,000\$ pour 75 jours d'hospitalisation. Laissons de côté l'aspect humanitaire et tous les autres aspects pour n'étudier que l'aspect économique de la chose, il serait beaucoup plus sensé pour nous de consacrer des sommes sérieuses dès le départ à la prévention plutôt que de permettre au nombre de personnes atteintes d'augmenter au



[Texte]

are increasing and then seeing us spend literally millions upon millions of dollars in health care costs? It makes economic sense if you do not consider any of the other arguments.

**Mr. Epp (Provencher):** There is no question that the cost of what is referred as "care to death" is approximately \$40,000 per AIDS patient. What you have to keep in mind is that the number of patients we now have or the potential number of cases we have rests with the incubation period. That is why we have an education program, so that people will not contact the virus.

• 2005

Secondly, that is why research is so important; that for those who are infected, that research, hopefully, will give us the breakthrough to stop the further development of the disease. With AZT there is some positive hope there.

For you to make the argument that it simply should be one or the other, I think there is a balanced approach, and it is for that reason we have taken this approach. If you are saying that many more millions of dollars are going to reduce the number of cases that now are in incubation, regrettably that is not the case.

**Ms Copps:** Obviously not. If they are in incubation they are going to respond only to research. But I think the concern is the potential of thousands of other cases that might emerge that could be prevented through education.

**Mr. Epp (Provencher):** That is why we do them both.

**The Chairman:** That is your last question, Ms Copps. Mr. White, 10 minutes, and then Mr. Mantha, and then Mr. Baker.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. I will not need the full 10 minutes. I have just a couple of questions I would like to have the Minister answer for me, if he would.

The first one deals with AIDS and Canada's native community. I think it has been very well documented that the health status of Canada's native people is much lower than that of Canadians as a whole. I am wondering if you could tell me how the current AIDS program is dealing with the potential of AIDS in our native community?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. White, you are correct when you say that the incidence of AIDS in Canada's native community is lower than in other sectors of the Canadian population. As part of our education program, you have to ask yourselves a question: How best do you pass on information, and who are the people who are trusted in a community with information such as this that they can convey it to others? We have, for example, received a request for written information from the Keewatin Inuit Association, from the Inuit Tapirisat of Canada. That information is being made available to them. The collaboration is very important; that we do it through

[Traduction]

taux actuel pour ensuite être obligés de dépenser littéralement des millions et des millions de dollars en soins de la santé? L'argument économique vaut à lui seul sans même tenir compte d'aucun autre argument.

**M. Epp (Provencher):** Il ne fait aucun doute que ce qu'on appelle les «soins jusqu'à la mort» coûtent environ 40,000\$ par patient atteint du SIDA. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que le nombre de patients atteints à l'heure actuelle ou le nombre de cas potentiels dépend de la période d'incubation. Voilà pourquoi nous avons un programme d'éducation pour que les gens n'attrapent pas le virus.

Deuxièmement, voilà pourquoi la recherche est tellement importante; pour ceux qui sont atteints, nous l'espérons, elle donnera la percée nécessaire pour empêcher toute propagation ultérieure de la maladie. Grâce à l'AZT, nous avons un espoir positif.

Vous nous dites qu'il faudrait simplement adopter une solution ou l'autre; je crois qu'il y a une façon équilibrée d'aborder la question, et c'est pour cela que nous avons choisi cette manière. Même si vous prétendez qu'avec encore d'autres millions de dollars, nous réussirions à diminuer les cas en incubation à l'heure actuelle, les choses ne se passent malheureusement pas ainsi.

**Mme Copps:** Évidemment pas. S'il s'agit de cas en incubation, la seule solution, c'est la recherche. Mais nous devons nous inquiéter des milliers d'autres cas potentiels qui pourraient survenir, mais que l'on réussirait à empêcher grâce à l'éducation populaire.

**M. Epp (Provencher):** C'est pour cela que nous faisons les deux choses à la fois.

**Le président:** C'était votre dernière question, madame Copps. Monsieur White, dix minutes, puis messieurs Mantha et Baker.

**M. White:** Merci, monsieur le président. J'en ai pour moins de dix minutes. J'ai seulement quelques questions, auxquelles le ministre pourra répondre, si c'est possible.

Tout d'abord, il y a le SIDA et les communautés autochtones du Canada. Les documents sont là, l'état de santé des autochtones du Canada est de loin inférieur à l'état de santé du peuple canadien en général. Pourriez-vous me dire quelles sont les répercussions du programme actuel sur les cas potentiels de SIDA dans les communautés autochtones?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur White, vous avez raison de dire que le SIDA a moins d'incidences sur les communautés autochtones du Canada que sur le reste de la population canadienne. Quant au programme d'éducation, il faut se poser une question: quelle est la meilleure manière de faire circuler l'information, et qui dans une communauté inspire confiance et peut recevoir l'information pour la transmettre? Par exemple, l'Association Inuit Keewatin et l'Inuit Tapirisat du Canada nous ont demandé de la documentation écrite. Nous la leur faisons parvenir. La coopération est très importante; nous passons donc par ces associations qui ont pu se gagner la

## [Text]

associations in these communities that have both the trust and the respect of the native community. The best I can give you is that this information is going into those communities, to the best of our ability, through the community health people, the CHRs, who are in place.

The exact statistics I do not have for you—that is, case by case—but our indications are that the native population of Canada is not affected by AIDS to the same degree as other sectors in the population.

**Mr. White:** I would like to ask one final question concerning drugs and AIDS. You just have to go back a few months to remember that there was a lot of public concern last summer especially about the inability to get drugs for the treatment of AIDS in Canada. I have not heard much along that line recently. I am wondering what has happened to change that over the recent past.

**Mr. Epp (Provencher):** Of course, the great hope for all of us—researchers, AIDS patients, everyone—is that we would find a drug that would stem the onslaught of the AIDS virus. We all know that it mutates very rapidly and very differently.

We have AZT on a clinical trial basis, and right now we have 80 AIDS patients on AZT. AZT is a drug being developed by Burroughs Wellcome, primarily out of the U.K. We have signed a protocol with Burroughs Wellcome which will put at least 180 on the AZT program. The results of AZT, in clinical trials in Canada as well as in the United States, would indicate to us that it is not a cure but that it does stem the onslaught of the disease and that death does not occur in the same ratio as our numbers would indicate with other AIDS patients.

• 2010

I have to be direct with you on this; there is also a cost issue with AZT. The cost per year of testing, per person, is approximately \$25,000. The other drug is Ribavirin which is also in clinical trials in Canada right now.

In some cases, coming back to these clinical trials and specifically AZT, we should not take for granted in this room that an AIDS patient would necessarily make himself or herself available for the clinical trial. There are personal reasons why they might not. There are obviously toxicity and reactive problems and there are some who simply want to wait.

So I think we have handled the clinical trials, the researchers, the doctors, as sensitively as we are able, but I do not want to leave an impression in this room that simply because AZT is in clinical trial therefore every AIDS patient automatically wants to become part of the clinical trial.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Minister. That is all I have, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mr. White. Mr. Mantha and then, with the consent of the committee, Mr. Baker.

## [Translation]

confiance et le respect de la communauté autochtone. Nous faisons donc de notre mieux afin que les renseignements pertinents soient transmis à ces communautés par l'intermédiaire des gens et des organismes qui s'occupent déjà de la santé et de l'hygiène publiques à ces endroits.

Je n'ai pas de statistiques exactes pour vous, c'est-à-dire cas par cas, mais d'après ce que nous en savons, les populations autochtones du Canada ne sont pas autant touchées par le SIDA que les autres secteurs de la population.

**M. White:** Une dernière question concernant le SIDA et les médicaments. Il y a quelques mois à peine, l'été dernier surtout, le grand public s'inquiétait de l'impossibilité qu'il y avait d'obtenir des médicaments pour le traitement du SIDA au Canada. Cette nouvelle ne semble plus faire la manchette dernièrement. Je me demandais quel changement il y aurait pu y avoir récemment.

**M. Epp (Provencher):** Évidemment, le grand espoir des chercheurs, de ceux qui sont atteints du SIDA, de tous en fait, c'est de trouver le médicament qui ralentirait l'hécatombe du virus du SIDA. Nous savons tous que la mutation de ce virus se fait très rapidement et différemment.

Nous faisons l'essai clinique de l'AZT et nous nous en servons déjà pour traiter 80 patients atteints du SIDA. L'AZT est un médicament produit par Burroughs Wellcome, surtout au Royaume Uni. Nous avons signé avec Burroughs Wellcome un protocole d'entente, qui nous permettra de faire l'essai de l'AZT sur au moins 180 patients. Les résultats des essais cliniques de l'AZT au Canada comme aux États-Unis nous indiquent qu'il ne guérit pas, mais qu'il réduit l'incidence de la maladie et que, chez les patients qui l'utilisent, le taux de mortalité est inférieur à celui d'autres personnes atteintes du SIDA.

Je dois vous l'avouer: l'AZT a un coût élevé. Pour effectuer les tests sur une personne pendant un an, il en coûte environ 25,000 \$. L'autre médicament est le Ribavirin, qui fait l'objet d'essais cliniques au Canada maintenant.

Dans certains cas, pour revenir au sujet des essais cliniques et plus précisément à l'AZT, nous ne devrions pas tenir pour acquis qu'une personne atteinte du SIDA s'offrira volontairement à subir l'essai clinique. Il y a des raisons personnelles pour qu'elle ne le fasse pas. Il s'agit évidemment de la toxicité et des réactions éventuelles; certaines personnes préfèrent simplement attendre.

Donc je pense que nous, chercheurs, médecins, avons mené les essais cliniques avec la plus grande sensibilité, mais je ne veux pas vous donner l'impression que toutes les personnes atteintes du SIDA veulent participer à l'essai clinique simplement parce que c'est l'AZT qui est à l'essai.

**M. White:** Merci, monsieur le ministre. C'est tout, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur White. Monsieur Mantha, puis, avec le consentement du Comité, monsieur Baker.



## [Texte]

**Mr. Mantha:** I just want to thank you, Mr. Minister, for coming. I just want to say I was on the committee studying AIDS last year and the recommendation was that we would not foot a budget. However, we came up with some type of a little budget. And the reason for that was if you gave \$1 million, you should have given \$2 million; if you gave \$2 million, why did you not give it sooner, why did you not give it later? And the reasoning for that was that the committee felt it was a sad day when people like us are to make decisions for the sick, that we should be using them to try to put the government on the spot. I do not know whether it was the previous government or this government, but if there were an epidemic, or rampant disease, I mean, you would find the resources for the cure—or the previous Minister—for the cure or for assistance. I am just saying that it is sad that we hear this.

I just want to sort of change direction. When one thinks he has AIDS, he or she, what actually takes place? Does that person go to a doctor and then go to the hospital? I am going to ask a series of questions. I know you are not a doctor, but maybe the guys beside you—

**Mr. Epp (Provencher):** I have a very bright fellow with me.

**Mr. Mantha:** How come you have not got a girl with you, a lady?

**Mr. Epp (Provencher):** Good point! Let us put it this way, the deputy minister was going to be with me but she had another engagement tonight.

**Mr. Mantha:** No, I just want to know—

**Mr. Epp (Provencher):** By the way, how many women deputy ministers are there? Well, let me tell you, this department has one of them.

**Mr. Mantha:** Do not get excited, okay? Listen, if somebody gets AIDS or thinks they have AIDS . . . I mean, it is just the guy in the street, that is what we are looking at now, and he can have all the education in the world . . . or the person. Suppose that person, he or she, goes to a doctor or goes to a hospital and takes tests. How long does it take before they know? Then suppose they have to go into the hospital, do they have isolated sections in the hospital? Are there doctors now willing to look after these people?

I mean, these are things that scare the ordinary guy on the street.

**Mr. Epp (Provencher):** Dr. Walters, if you would like to answer that.

**Mr. Mantha:** Or is this the place to ask this?

**Dr. Walters:** I believe you had a couple of points there, one in terms of testing. Regional and provincial centres have been set up for testing services for diagnosis so that it could be found out whether the person is positive for antibody, and that relates to their symptoms. Most physicians in Canada have received some continuing medical education and updated themselves with respect to diagnosing and treating AIDS.

## [Traduction]

**M. Mantha:** Je voudrais vous remercier d'être venu, monsieur le ministre. J'étais membre du comité qui étudiait le SIDA l'année dernière, et la recommandation était de ne pas y affecter de fonds, mais nous avons constitué un petit budget. Le raisonnement était le suivant: si on donne un million de dollars, pourquoi ne pas en donner deux et si on en donne deux, pourquoi maintenant, et non plus tôt ou plus tard? Le Comité était d'avis qu'il ne convenait pas que nous, qui devrions agir au nom des malades, nous les utilisions pour embarrasser le gouvernement. Je ne sais pas si c'est le gouvernement précédent ou le gouvernement actuel, mais s'il y avait un épidémie ou une maladie qui sévissait, on trouverait les ressources pour un remède ou pour venir en aide aux malades. Je regrette qu'on ait soulevé cette question.

Je voudrais changer un peu de sujet. Quand une personne pense qu'elle est atteinte du SIDA, qu'est-ce qui se passe en fait? Est-ce qu'elle va consulter un médecin, puis est-ce qu'elle va à l'hôpital? Je vais poser une série de questions. Je sais que vous n'êtes pas médecins, mais peut-être ceux qui vous accompagnent . . .

**M. Epp (Provencher):** Je suis accompagné d'un type très intelligent.

**M. Mantha:** Pourquoi n'êtes-vous pas accompagné d'une jeune fille, d'une femme?

**M. Epp (Provencher):** Bonne question! Disons que la sous-ministre voulait m'accompagner, mais elle était occupée ailleurs ce soir.

**M. Mantha:** Non, je voudrais simplement savoir . . .

**M. Epp (Provencher):** À propos, combien de femmes sous-ministres y a-t-il? Eh bien, permettez-moi de vous dire que ce ministère en a une.

**M. Mantha:** Ne vous emballez pas, d'accord? Écoutez, si quelqu'un est atteint du SIDA ou pense l'être . . . Je veux dire, cela peut arriver à n'importe qui, si instruit soit-il . . . supposons que cette personne aille consulter un médecin ou subir des tests à l'hôpital. Combien de temps faut-il pour en avoir les résultats? Si cette personne doit aller à l'hôpital, doit-elle être isolée? Y a-t-il des médecins maintenant qui sont disposés à s'occuper des personnes atteintes du SIDA?

Ces choses font peur aux gens ordinaires.

**M. Epp (Provencher):** Docteur Walters, si vous voulez répondre à cette question.

**M. Mantha:** Est-ce ici qu'il faut poser la question?

**Dr Walters:** Je crois que vous aviez deux questions là, dont une concernait les tests. On a établi des centres régionaux et provinciaux pour effectuer des tests aux fins de diagnostic. Ainsi, on peut déterminer si une personne a l'anticorps. La plupart des médecins au Canada ont été renseignés et se tiennent au courant en matière de diagnostic et de traitement du SIDA.



[Text]

The turnaround time for some of those initial tests can be several days now, as that has been improved. Confirmatory tests, as there is a series of tests, may take slightly longer. Then some of the developments of the disease, such as the parasitic pneumonia that takes place, or the diagnosis of some of the other symptoms, will be done on admission in hospital over a period of several days of work-up.

• 2015

So now, I think, with clinicians more familiar with this, and better diagnostic procedures being available, this clinical information can be worked up in several weeks with the physicians.

**Mr. Baker:** The 50,000 affected by the AIDS virus in Canada, as the Minister mentioned: would all of those people, if they were tested for AIDS, show up as positive on the standard AIDS test?

**Dr. Walters:** Just about all of them would. The 50,000, we are predicting, would be the number who would be now infected with the virus. The sensitivity of the test—that is the key term—is that percentage of those people who actually have encountered the virus and have been infected with it and would be picked up by the test. The sensitivity of that test is now very high. It is estimated to be 99%.

**Mr. Baker:** So some of them would not show up on the AIDS test, although they would have the AIDS virus.

**Dr. Walters:** I am saying that test is now extremely good and very sensitive.

**Mr. Baker:** What about those people where the disease is still in its incubation period? Would they show up positive in the AIDS test?

**Dr. Walters:** I think you are getting at a number of points here. The incubation where you go from encountering the HIV virus with the first infection . . . we do not know the full length of that incubation period. It has been estimated to be anywhere from several months to many, many years. Again, we are still watching people incubate the full disease. But if you are talking about from the time when they first come in contact with the virus to when they show up to be positive with the tests that now are available, that can be several weeks; six, eight, twelve weeks. So there is a period in there when someone has contacted the virus where it is very difficult to say whether they in fact have the virus or not.

**Mr. Epp (Provencher):** Possibly at this stage it would be helpful . . . The national AIDS program . . . we are investing in laboratory upgrading along those lines that your question really relates to, such as to provide more centres, to improve the tests, as well as to carry out essential virus culture work, to refine the process. We also have where we are upgrading those labs, if members of the committee would want that.

**Mr. Baker:** It is possible, then, that somebody could give blood and for it not to show up positive but for it actually to be positive? It could be in the incubation period and develop into what we fear in these particular cases?

[Translation]

On peut avoir le résultat des tests préliminaires en quelques jours maintenant, ce qui est meilleur que par le passé. Les tests de confirmation, parce qu'il y a une série de tests, peuvent prendre un peu plus longtemps. Les tests relatifs aux suites de la maladie, comme la pneumonie parasitique, ou le diagnostic d'autres symptômes se feront après l'admission à l'hôpital pendant plusieurs jours.

Maintenant que les cliniciens connaissent mieux ce problème et que de meilleures méthodes diagnostiques existent, je pense qu'on peut fournir les résultats des essais cliniques en quelques semaines avec la collaboration des médecins.

**M. Baker:** Les 50,000 personnes atteintes du virus du SIDA, au Canada, dont le ministre a parlé, seraient toutes dépistées par le test standard SIDA?

**Dr Walters:** Presque toutes. Nous estimons à 50,000 le nombre de personnes qui sont actuellement atteintes du virus. La sensibilité du test—c'est le terme clé—est le pourcentage de ceux qui ont rencontré le virus, en sont atteints et ont été dépistés par le test. La sensibilité de ce test est maintenant très élevée, de l'ordre de 99 p. 100.

**M. Baker:** Donc le test du SIDA ne dépisterait pas certains d'entre eux, bien qu'ils soient atteints du virus.

**Dr Walters:** J'affirme que le test est maintenant extrêmement bon et très sensible.

**M. Baker:** Et les gens pour qui la maladie est toujours à l'étape de l'incubation, est-ce que le test du SIDA les dépisterait?

**Dr Walters:** Il y a là plusieurs questions. La période qui se situe entre le contact avec le virus HIV jusqu'au premier signe d'infection . . . nous ne savons pas la durée totale de cette période d'incubation. Selon les estimations, il peut s'agir de plusieurs mois ou de nombreuses années. Là encore, nous surveillons les gens qui sont en incubation . Mais si vous parlez du temps qui s'écoule entre le premier contact avec le virus et une réaction positive aux tests qui existent actuellement, cela peut être plusieurs semaines; six, huit, douze semaines. Donc il existe une période pendant laquelle il est très difficile de dire si une personne qui est entrée en contact avec le virus en est atteinte effectivement ou non.

**M. Epp (Provencher):** Peut-être à ce stade il serait utile . . . le programme national du SIDA . . . nous investissons dans l'amélioration des laboratoires, comme vous l'indiquez dans votre question, par exemple par l'établissement de nouveaux centres, l'amélioration des tests, et par les travaux essentiels de culture du virus, en vue de perfectionner le processus. Nous pouvons fournir le nom des laboratoires qui seront améliorés, si les membres du Comité désirent le savoir.

**M. Baker:** Est-il possible donc qu'une personne donne du sang qui n'est pas positif selon le test, mais qui en fait l'est? Il s'agirait de la période d'incubation, qui éventuellement évoluerait en maladie?

[Texte]

**Dr. Walters:** Again, the answer there is, with the upgrading and the testing—and the sensitivity of the test has been extremely reassuring—there is an effort, when blood donations are given, to screen with a series of lifestyle questions about possible history. So we may have some screening on a historical basis. Then with the upgrading of the tests done on all donations, the Red Cross has estimated this would be no greater in numbers than one in a million donations. So we are getting down to extremely small numbers.

• 2020

**Mr. Baker:** Okay. Let me ask the Minister this question, Mr. Chairman: has the Minister contemplated introducing a test for AIDS as one of the conditions of immigration?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Baker, this whole question of immigration and health is an ongoing one. I will get to AIDS in a minute. I am not trying to take too much time, but I think it has to be put into some perspective. It is obviously a very sensitive area and question.

You are well aware, Mr. Baker, for example, that for a person coming into Canada LIS or a convention refugee there is a medical examination. That examination is done outside the country, and reports are sent to the Department of National Health and Welfare. We examine those reports, and they are then approved or conditions are placed, let us say, regarding communicable disease.

Respecting what we call a draft standard, we have been through a number of rewrites on this issue. We are recommending four conditions: first, that there be no mandatory testing for AIDS in immigrants to Canada at the present time; second, that persons who provide a history of testing positive for AIDS, but go without signs and symptoms of the disease, would be allowed a conditional entry; third, that persons with evidence of the AIDS-related complex, ARC, not be admitted; and fourth, that persons diagnosed as having AIDS also be inadmissible. That is the proposal at the present time.

**Mr. Baker:** It is very important, Mr. Chairman, because we are into a completely new area here that certainly has not been mentioned before publicly. I want to ask the Minister: what is the conditional entry, then? What are the conditions of the entry?

While the Minister is reading that, Mr. Chairman, I want to point out to the committee that immigrants today, of course, have to be tested. It is on their record if they have latent leprosy. The provincial health authorities are notified, and then they check with the immigrant afterwards. There is a standard. Even for syphilis, if the person has had it, then the provincial health authorities are notified and constant checks are done. I just wanted to point that out.

[Traduction]

**Dr Walters:** Grâce à l'amélioration des installations et aux essais—et la sensibilité du teste est extrêmement rassurante—on essaie de filtrer les donneurs de sang à l'aide d'une série de questions portant sur leur style de vie et leurs antécédents. Donc il existe ce moyen de dépistage. Vu l'amélioration des tests effectués sur tous les dons de sang, la Croix-Rouge estime qu'il s'agit au maximum d'un don sur un million. Donc les chiffres sont extrêmement faibles.

**M. Baker:** Maintenant, j'aimerais demander au ministre s'il a songé à imposer un test de dépistage du SIDA comme condition d'entrée au pays?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Baker, toute cette question d'immigration et de santé est un sujet de grande actualité. Je vous parlerai du SIDA dans un moment. Je ne veux pas prendre trop de temps, mais je pense qu'il est important de situer la question dans une juste perspective. Il s'agit évidemment d'un sujet très délicat.

Vous savez très bien, par exemple, monsieur Baker, qu'une personne qui veut entrer au Canada avec le statut d'immigrant reçu ou de réfugié doit se soumettre à un examen médical. Cet examen se fait en dehors du pays, et les rapports sont envoyés au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Les rapports sont ensuite examinés par le ministère, puis l'entrée du requérant est soit approuvée, soit soumise à des conditions relatives notamment aux maladies contagieuses.

Pour ce que nous convenons d'appeler le projet de normes, nous en avons déjà fait un certain nombre d'ébauches. Nous recommandons l'application de quatre critères: premièrement, qu'il n'y ait pas pour le moment de test obligatoire pour le dépistage du SIDA chez les personnes qui entrent au Canada; deuxièmement, que les personnes dont les résultats de test pour le SIDA sont positifs, mais qui ne présentent aucun signe ou symptôme de la maladie soient autorisées à entrer au pays conditionnellement; troisièmement, que les personnes qui montrent des signes du SIDA à son stade précurseur ne soient pas autorisées à entrer au pays; et quatrièmement, interdiction d'entrée des personnes chez qui le SIDA a été diagnostiqué. Voilà ce qui est proposé.

**M. Baker:** Cela est très important, monsieur le président, parce que nous abordons là une question tout à fait nouvelle, qui n'a certainement jamais été mentionnée publiquement. Je voudrais que le ministre nous dise maintenant quels sont les critères d'entrée au pays?

Pendant que le ministre se renseigne, monsieur le président, je tiens à signaler au Comité que les immigrants aujourd'hui doivent évidemment se soumettre à des tests. Leur dossier montrera s'ils présentent des symptômes latents de lèpre. Les autorités provinciales de la santé sont alors avisées et doivent par la suite faire des vérifications auprès de l'immigrant. Il y a une norme à suivre. Même pour la syphilis, une personne qui a eu cette maladie sera signalée aux autorités provinciales de la santé et soumise à des examens réguliers. Je tenais à faire cette mise au point.



[Text]

What is the conditional entry?

**Mr. Epp (Provencher):** It is similar in this case, Mr. Baker, to what we now do with AIDS. I do not have the figures here, and I apologize. We have had leprosy cases in Canada through immigration.

**Mr. Baker:** Of course. It is not a communicable disease.

**Mr. Epp (Provencher):** You can hear I am being very careful with this—

**Mr. Baker:** Yes, you are. It is a very important subject.

**Mr. Epp (Provencher):** It is important. I do not want to convey in any way that any group of people place Canadian populations at greater risk than someone else. I want that very clearly understood. Keep in mind that there is very close liaison between the Department of National Health and Welfare and provincial departments of health. It is a shared jurisdiction, with primacy resting with the federal government.

So "conditional entry" generally means a very close monitoring of the health condition.

• 2025

There is another whole area—maybe because I was immigration critic for six and a half years, one draws on one's other experiences—and that is people coming to Canada, even as visitors. You have different immigration conditions now . . . coming as visitors, who might not need a health certificate for entry into Canada; just a visa, for example . . . could have an illness that is not AIDS. For instance, a case we are working with right now with British Columbia; a case relating to kidney disease and dialysis . . . a person coming in and getting the dialysis and the province having incurred a very high health cost.

**Mr. Baker:** That is the province of British Columbia you are talking about?

**Mr. Epp (Provencher):** The province of British Columbia.

So I cannot give you a full answer, Mr. Baker, today, other than to say I believe the protocol I have given you is sensitive for the protection of Canadians and is sensitive that we do not condemn people for being infectious or that they will be a carrier or have the disease by virtue of the test.

**Mr. Baker:** You have modified your policy. Why, then, when you talk about tests done overseas—

**Mr. Epp (Provencher):** How have I modified my policy?

**Mr. Baker:** —did you lay off the Canadian doctors in embassies in other parts of the world? Why did you lay off those doctors, if you are relying on tests outside of the country? On the one hand you rely on those tests, and the other hand you lay off the doctors. Can you explain to the committee why you did that?

[Translation]

Qu'est-ce que c'est que l'entrée conditionnelle?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Baker, c'est un système analogue à celui que nous avons pour le SIDA. Je m'excuse, mais je n'ai pas les chiffres devant moi. Nous avons eu des cas de lèpre au Canada par suite de l'immigration.

**M. Baker:** Évidemment. Mais ce n'est pas une maladie contagieuse.

**M. Epp (Provencher):** Vous voyez que je suis très prudent . . .

**M. Baker:** C'est un fait, oui. C'est un sujet très important.

**M. Epp (Provencher):** Ce l'est. Je ne voudrais pas qu'on croit qu'un groupe de personnes en particulier met en danger plus qu'un autre la santé des Canadiens. Je tiens à ce que cela soit très clair. Il ne faut pas oublier qu'il existe des rapports très étroits entre le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et les ministères provinciaux de la santé. C'est un domaine de compétence mixte, mais qui relève principalement du gouvernement fédéral.

Le principe d'«entrée conditionnelle» signifie donc généralement un contrôle très étroit des conditions de santé.

Il y a un autre aspect à la question—et c'est peut-être parce que j'ai été critique en matière d'immigration pendant six ans et demi que j'en parle—ce sont les gens qui viennent au Canada comme visiteurs. Les conditions d'immigration sont différentes . . . Il pourrait arriver que des visiteurs n'ayant pas besoin d'un certificat de santé pour entrer au Canada, pourvu qu'ils aient un visa, par exemple, aient une maladie autre que le SIDA. Nous sommes justement en train de discuter d'un cas avec la Colombie-Britannique: un visiteur atteint d'une maladie des reins ayant besoin de dialyse est arrivé en Colombie-Britannique, et la province a dû déboursier une somme très élevée.

**M. Baker:** Vous parlez de la province de la Colombie-Britannique?

**M. Epp (Provencher):** Oui, de la province de la Colombie-Britannique.

Je ne peux donc pas vous donner une réponse plus détaillée aujourd'hui, monsieur Baker, mais je peux vous dire que le protocole dont je viens de vous parler est à mon sens important pour la protection des Canadiens et important pour éviter que des gens soient condamnés parce qu'ils sont contagieux, ou susceptibles d'être porteurs du virus, ou qui, d'après les tests, sont atteints de la maladie.

**M. Baker:** Vous avez modifié votre politique. Pourquoi alors, quand vous dites que les tests sont faits à l'étranger . . .

**M. Epp (Provencher):** Comment ai-je modifié ma politique?

**M. Baker:** . . . pourquoi avez-vous congédié les médecins canadiens travaillant dans les ambassades dans d'autres régions du monde? Pourquoi avez-vous remercié ces médecins, si vous vous en remettez aux tests effectués à l'étranger? D'un côté, vous dites que vous agissez sur la foi des tests faits à



[Texte]

**Mr. Epp (Provencher):** I would like to, because you are again not quite accurate, Mr. Baker.

**Mr. Baker:** Who laid them off?

**Mr. Epp (Provencher):** There were 21 doctors who were assigned to Health and Welfare—PYs—and who were transferred over to External Affairs. Of those 21, there are 15 in place; at least that is the last number I had last week. I think I am bang on; I am accurate. There were 15 as of last week.

Two things happened. They are assigned to External Affairs, but they are doing the same service. But all medical reporting—that is, the “paper trail”, if I may put it that way—is done through Health and Welfare, and I have been assured by my officials that it is an effective way of handling the reports.

Keep in mind—and I do not want to leave any question on this, Mr. Baker—the medical reports were done previously as well by doctors who are members of their medical associations in the country in which the test was done. In other words, they were not done by Canadian doctors.

**The Chairman:** If the committee would indulge the Chair for about one minute for a short supplementary on the subject of immigration, I was asked by another parliamentary colleague, Mr. Attewell, if I would bring to your attention, Mr. Minister, this problem of immigration. I guess I would put the question in this way. For years, if I am not mistaken, we screened, routinely, immigrants with a chest X-ray. Maybe we still do, I do not know; presumably for tuberculosis. Is there a good argument now why we should not do the same for AIDS? Is there any good argument, because of the nature and the seriousness of AIDS, we should not now screen potential immigrants for AIDS, the same as we did for TB?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, it is a very serious question you pose. We do test for TB.

• 2030

We have the World Health Organization and the convention to which Canada is a signatory which states, if I may quote Article 18, that no health document other than those tested for quarantine purposes shall be required for international travel.

Canada has supported the World Health Organization view that screening of immigrants and travellers is not warranted under Article 18.

The AIDS test is a test for antibodies to the virus and it does not confirm a current infection; that is, a present infection. All of us know that casual contact does not put people at risk. Counselling of immigrants is being done. Again, I cannot

[Traduction]

l'étranger, et, d'un autre côté, vous congédiez les médecins. Pouvez-vous expliquer cela au comité?

**M. Epp (Provencher):** Je veux bien, parce que, encore une fois, vous n'êtes pas tout à fait juste, monsieur Baker.

**M. Baker:** Qui les a congédiés?

**M. Epp (Provencher):** Il y avait 21 médecins attachés à Santé et Bien-être, 21 années-personnes—qui ont été transférés aux Affaires extérieures. Sur ces 21 médecins, il y en a 15 en poste; du moins selon les chiffres que j'ai obtenus la semaine dernière. C'est bien ça, je pense; ils étaient 15 en poste la semaine dernière.

Il s'est produit deux choses. Ces médecins sont affectés aux Affaires extérieures, mais ils assurent le même service. Tous les rapports médicaux—c'est à dire toute la «filière administrative», si je puis m'exprimer ainsi—sont établis par Santé et Bien-être, et mes fonctionnaires m'ont assuré que c'est une façon efficace de faire les choses.

Il ne faut pas oublier—et je tiens à ce que ce soit très clair, monsieur Baker—que les rapports médicaux étaient rédigés antérieurement par des médecins membres des associations médicales du pays où les tests étaient effectués. En d'autres termes, les rapports n'étaient pas faits par des médecins canadiens.

**Le président:** Je demanderais l'indulgence du comité un instant pour me permettre de poser une brève question supplémentaire au sujet de l'immigration. Mon collègue, M. Attewell, m'a demandé de porter ce problème d'immigration à votre attention, monsieur le ministre. Voici ma question. Si je ne m'abuse, pendant des années, nous faisons subir aux immigrants des radiographies pulmonaires pour dépister la tuberculose, je suppose. Je ne sais pas si nous le faisons encore, mais y a-t-il de bonnes raisons pour lesquelles nous ne pourrions pas faire la même chose pour le SIDA? Compte tenu de la nature et de la gravité du SIDA, y a-t-il de bonnes raisons pour lesquelles nous ne ferions pas du dépistage auprès des immigrants éventuels, de la même façon que nous le faisons pour la tuberculose?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, c'est une question très grave que vous posez là. Nous continuons à faire du dépistage pour la tuberculose.

Nous sommes membres de l'Organisation mondiale de la santé et signataires d'une convention qui dit—si vous me permettez de citer l'article 18—qu'aucun document de santé autre que des rapports pour fins de quarantaine ne doivent être exigés pour les déplacements internationaux.

Le Canada appuie l'Organisation mondiale de la santé qui dit que le dépistage d'immigrants et de voyageurs n'est pas justifié en vertu de l'article 18.

Le test du SIDA vise à déceler des anticorps contre le virus, et il ne permet pas de confirmer la présence d'une infection. Nous savons tous que les contacts anodins ne mettent personne en danger. Il y a un programme de counselling à l'intention des

[Text]

confirm this on every one of the cases, but it is at least the information I have received.

I think tonight, Mr. Chairman, in view of both the World Health Organization and the protocol that I have given you, to the best of our understanding and our knowledge, Canadians as well as immigrants are protected. Today, our decision-making has not gone beyond the points I have given you to date.

**The Chairman:** If I may just make one last comment, the brochure called "AIDS" that is put out by your department, and which has been drawn to my attention by Mr. Attewell, asks the question: What does a positive HTLV-III antibody test mean?

The answer to the first part of it is all right, but the last sentence says: It does mean that the person may have the virus in his or her body and could pass it to others.

I suppose that is what makes one want to ask the question: Even if they are 0 positive, maybe that is a good enough reason to exclude somebody, based on the fact that your department says they could pass it to others.

**Mr. Baker:** Good question. Why test for latent leprosy?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, coming back to your question, I really cannot elaborate any further on it and if there would be any change, it would have to come after very close consultation, not only interdepartmentally, but also with other officials in the health field. I think that is the least committee members would expect a minister to do.

**The Chairman:** Thank you for your help, Mr. Minister. Now, Mr. McCurdy and then Mr. Turner.

**Mr. McCurdy:** Just quickly to follow up on that, Mr. Minister, you have two choices; you can do serological tests on all immigrants and act in some sort of response to that, which might be preferable to a more devious and almost certain approach in the event that some immigrant sources may have exceedingly high incidence of AIDS, as in some African countries, so that what you would have is an exclusion of certain national groups, racial groups, and obvious implications of racism in the immigration policy based on notions and facts about the incidence of AIDS. We have a very serious—

**Mr. Epp (Provencher):** That is right.

**Mr. McCurdy:** And, of course, in contrast to leprosy, which is damned near—I doubt there has ever been a case of leprosy transmitted in Canada.

**Mr. Epp (Provencher):** I have no knowledge of any.

**Mr. McCurdy:** It is virtually non-transmissible in northern climates and requires long and intimate contact and yet we exclude leprosy or conditionalize them and have not thought through a policy on how to treat the question of AIDS with respect to immigrants. I think it is a very serious question that will require not only a lot of consideration by the Canadian

[Translation]

immigrants. Encore une fois, je ne sais pas si cela se fait dans tous les cas, mais c'est du moins l'information que j'ai obtenue.

Monsieur le président, eu égard à l'Organisation mondiale de la santé et au protocole que je vous ai présenté, je pense que, au mieux de notre compréhension et de nos connaissances de la question, je peux dire ce soir que les Canadiens et les immigrants sont protégés. Aujourd'hui, nos décisions ne débordent pas les paramètres que je vous ai exposés jusqu'à présent.

**Le président:** Permettez-moi un dernier commentaire. M. Attewell a porté à mon attention la brochure publiée par votre ministère intitulée «SIDA», dans laquelle est posée la question suivante: que signifie un résultat positif au test visant à dépister l'exposition au virus HTLV-III?

La réponse à la première partie est correcte, mais la dernière phrase dit: cela signifie que la personne peut porter le virus dans son organisme et le transmettre à d'autres.

Cela nous amène à nous poser la question suivante: même si le résultat est zéro positif, c'est peut-être assez pour interdire l'entrée au pays à une personne, puisque, d'après votre ministère, elle pourrait transmettre le virus à d'autres.

**M. Baker:** Bonne question. Pourquoi faire des tests de dépistage pour la lèpre à l'état latent?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, pour revenir à votre question, je ne peux vraiment pas vous donner plus de détails, et s'il y avait des changements, ils seraient le résultat d'une consultation très étroite entre les ministères et aussi d'autres fonctionnaires du domaine de la santé. Je pense que les membres du comité doivent s'attendre à au moins cela de la part d'un ministre.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre. Monsieur McCurdy, ensuite monsieur Turner.

**M. McCurdy:** Rapidement, à ce propos, monsieur le ministre, vous avez le choix entre deux choses: vous pouvez soumettre tous les immigrants à des tests sérologiques et fonder vos décisions là-dessus, ce qui serait peut-être préférable à une méthode plus détournée et presque sûre dans le cas d'immigrants de certains pays où il y a un taux excessivement élevé de SIDA, comme dans certains pays d'Afrique, notamment, qui vous obligerait d'exclure des ressortissants de certains pays, certains groupes raciaux, avec tout ce que cela peut entraîner comme élément de racisme dans la politique d'immigration. Nous avons un problème très sérieux...

**M. Epp (Provencher):** Vous avez raison.

**M. McCurdy:** Et contrairement à la lèpre, qui est presque... en fait, je doute qu'il n'y ait jamais eu un cas de contagion de la lèpre au Canada.

**M. Epp (Provencher):** Je ne suis au courant d'aucun cas.

**M. McCurdy:** La lèpre est virtuellement intransmissible dans les climats nordiques, la contagion n'étant possible que par suite de contacts prolongés et intimes; pourtant, nous excluons les personnes atteintes de lèpre ou nous leur imposons des conditions, alors que nous n'avons pas réussi à établir une politique en ce qui concerne le SIDA et l'immigration. Je



[Texte]

government but by the World Health Organization. I would just like to say—

**Mr. Epp (Provencher):** May I just, on that point . . . and I am not arguing with you, Mr. McCurdy. In the early days of statistics gathering on AIDS patients—

• 2035

**Mr. McCurdy:** Not too long, because that is not the question I really wanted to ask.

**Mr. Epp (Provencher):** —we had a system whereby we identified AIDS patients by country, if they came from an endemic area. That was changed and was simply called endemic area, for the very reasons you identified: that it would not be seen as a response that in any way could be identified as a racial—

**Mr. McCurdy:** I just do not want to see the mysterious removal, already rare, of Canadian consular services in certain countries of the world and the reasons for it hidden underneath some kind of blanket.

I just wanted to say that earlier I asked you whether people would be provided with sufficient information about the nature of the transmission of AIDS, what risk groups are involved, including the particular dangers of anal intercourse, and so on; that this information would make it possible for people to make choices themselves among celibacy, abstinence, the use of condoms, or whatever.

Now, I might have been stupidly sensitive to the ethics of various groups of people in this country, but I think it is unreasonable to suggest that those are not all equal options that ought to be considered by people if they are well informed; and I think the question is whether they are well informed.

And speaking about being well informed, the committee recommended \$2 million a year for aid to community groups. How much, in fact, has been budgeted for that purpose, because we hear a great deal about the inequity of the distribution of funds to various centres in the country?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. McCurdy, what we call support to community-based AIDS organizations, the total amount we have budgeted for support to those groups is \$4.3 million of the \$39 million.

**Mr. McCurdy:** For five years.

**Mr. Epp (Provencher):** That is correct.

**Mr. McCurdy:** The committee recommended \$2 million per year. Are you prepared to rethink that?

**Mr. Epp (Provencher):** We have been giving money to various organizations. We feel at the present time, in terms of the information they are transmitting and the work they are doing with high-risk groups, that the money is sufficient.

[Traduction]

pense que c'est une question très grave, que non seulement le gouvernement canadien mais aussi l'Organisation mondiale de la santé devront étudier avec beaucoup de sérieux. J'aimerais dire que . . .

**M. Epp (Provencher):** À ce propos, si vous me permettez . . . et je ne conteste pas ce que vous dites, monsieur McCurdy. Lorsqu'on a commencé à recueillir des statistiques sur les victimes du SIDA . . .

**M. McCurdy:** Pas longtemps, car ce n'est pas la question que je voulais vous poser.

**M. Epp (Provencher):** . . . nous avons un système qui permettait d'identifier les victimes du SIDA par pays lorsqu'elles provenaient d'une région où la maladie est endémique. Cela a changé, aujourd'hui on parle seulement de région endémique pour les raisons mêmes que vous avez données: de cette façon, il est impossible de prêter une réaction raciale à . . .

**M. McCurdy:** Les services consulaires canadiens de certains pays sont déjà suffisamment rares, il ne faudrait pas qu'on en supprime mystérieusement certains pour des raisons non avouées.

Je vous ai demandé tout à l'heure si on informerait suffisamment les gens des mécanismes de transmission du SIDA, des groupes qui courent les plus grands risques, y compris les dangers des relations anales, etc. Grâce à ces informations, les gens pourront formuler eux-mêmes des choix, opter pour le célibat, l'abstinence, les condoms, entre autres choses.

J'ai peut-être été bêtement sensible aux motivations éthiques de différents groupes, mais je pense qu'il n'est pas logique de penser que toutes ces options ne sont pas égales, options qui doivent être envisagées par les gens s'ils sont bien informés. À mon avis, l'important c'est qu'ils soient bien informés.

À ce propos, le comité a recommandé qu'on accorde 2 millions de dollars par année aux groupes communautaires. Quelles sommes ont été réservées à cet effet, car nous entendons beaucoup parler de l'inégalité de la répartition des fonds entre les divers centres du pays?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur McCurdy, nous avons réservé dans notre budget une somme globale à l'intention des organismes communautaires qui s'occupent du SIDA. Il s'agit de 4.3 millions de dollars sur les 39 millions.

**M. McCurdy:** Sur cinq ans.

**M. Epp (Provencher):** C'est exact.

**M. McCurdy:** Le comité a recommandé 2 millions de dollars par année. Est-ce que vous êtes prêt à reconsidérer la question?

**M. Epp (Provencher):** Nous avons donné de l'argent à divers organismes; pour l'instant, compte tenu de l'information que ces organismes disséminent, compte tenu du travail qu'ils accomplissent parmi les groupes particulièrement vulnérables, nous pensons que c'est suffisant.



## [Text]

I think I have said tonight, not under pressure of questioning, that we have been discussing this internally. We thought and believe that it is a good program. It was well announced; it is a realistic program. All of us recognize in this room that this is an ongoing matter. If we have to re-examine budgets, if we have to re-examine responses, that is a responsibility we have, and we will do it. But I think at the present time, because this financial aid is being given in the first year, we have to have some time for evaluation of whether or not it is effective.

**Mr. McCurdy:** Yes, but there are some facts out there. For example, I am given to understand that the amount of money proportionately given to I guess it is Edmonton as compared to Toronto is quite high. Windsor is very much under-funded, in spite of the fact that it is a part of a metropolitan area of some 3 million. I have been lobbied, as I am sure others have been, by AIDS groups from across the country pointing out that some larger rather conspicuous centres and foci have been provided with levels of funding but others have been virtually ignored.

**Mr. Epp (Provencher):** If you take a look at that, Mr. McCurdy, out of 23 organizations, 19 are now being supported by us. The funding depends on the type of program they have. Some do not have education and counselling content, as do others. The programs are not the same across the country. The level of cases varies as well. I visited the one in Vancouver, and I have been to hospitals. For example, when you asked me earlier in terms of whether or not there were certain areas in hospitals where patients were being cared for... It is my understanding, from the provincial organizations, from the national association, that we are reasonably on track.

• 2040

One could argue that there should be more money. I do think, quite seriously... we are into it the first year now. This money has been made available. I want to assess the programs, the ability to deliver the programs, as they have been put forward in their applications. So it is on that basis that we are going to evaluate before we will make any adjustment.

**Mr. McCurdy:** One of the very first problems I had as an elected member was a complaint from the AIDS Committee of Windsor about the fact that a scientific seminar on AIDS was being held in Windsor but CBC in Windsor denied access to its station to announce this seminar, which was being sponsored by the University of Windsor—the AIDS Committee of Windsor—and scientists from the Michigan Society for Microbiology. We wrote a letter to the station and to CBC, and they said, well, this is not our policy, and so on. But I have had a similar complaint recently, again, that the AIDS committee in Windsor was denied access to CBC to make some sort of an announcement about an event on AIDS. I am also told there are going to be difficulties—there exist difficulties—about AIDS programming on CBC elsewhere, especially if it will involve any frank communication of information about AIDS.

## [Translation]

Je l'ai dit ce soir, et je ne répondais pas à une question, c'est une chose dont nous discutons entre nous. Nous sommes convaincus que c'est un bon programme. Il a été bien annoncé, c'est un programme réaliste. Dans cette salle, nous savons tous que c'est une préoccupation permanente. Si nous devons reprendre nos budgets, si nous devons reconsidérer les réactions, c'est notre responsabilité et nous le ferons. Mais pour l'instant, cette aide financière en est à sa première année et il nous reste un certain temps pour évaluer son efficacité.

**M. McCurdy:** Oui, mais il ne faut pas oublier les faits. Par exemple, on me dit que, comparée à Toronto, Edmonton reçoit proportionnellement beaucoup d'argent. Windsor en reçoit très peu, bien que cette ville appartienne à une région métropolitaine qui regroupe quelque 3 millions de personnes. Des groupes d'intérêt de tout le pays sont venus me voir, comme ils ont probablement vu d'autres personnes, pour m'expliquer que les grands centres très visibles sont bien financés pendant que d'autres sont virtuellement ignorés.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur McCurdy, si cet aspect vous intéresse, sur 23 organismes, nous en finançons actuellement 19. Le financement dépend des programmes de chaque organisme. Certains ne s'occupent pas d'éducation et n'offrent pas de service de soutien. Les programmes ne sont pas les mêmes dans tout le pays. Le nombre des victimes varie également. J'ai vu le centre de Vancouver, j'ai été dans des hôpitaux. Par exemple, tout à l'heure vous m'avez demandé si, dans les hôpitaux, il y a avait des espaces réservés aux patients... D'après ce que les organismes provinciaux et l'association nationale me disent, notre intervention est raisonnable.

On pourrait prétendre qu'il faut plus d'argent; franchement, je ne pense pas... nous en sommes encore à la première année. Cet argent a été débloqué; je veux faciliter les programmes, je veux faciliter leur application dans toute la mesure du possible. Par conséquent, nous voulons commencer par faire une évaluation avant de faire des ajustements.

**M. McCurdy:** Un des premiers problèmes que j'ai rencontrés quand j'ai été élu, m'a été soumis par un comité du SIDA de Windsor qui se plaignait que Radio-Canada à Windsor avait refusé d'annoncer un séminaire sur le SIDA qui devait se tenir à Windsor. Il s'agissait d'un séminaire organisé par l'Université de Windsor, et le comité du SIDA de Windsor, et des chercheurs de la *Michigan Society for Microbiology* devait y assister. Nous avons écrit une lettre à la station et à Radio-Canada qui nous ont répondu que ce n'était pas leur politique, etc. Mais encore récemment, j'ai appris que le comité du SIDA de Windsor n'avait pas pu annoncer un événement quelconque à Radio-Canada. On me dit que ce n'est pas la seule station de Radio-Canada qui s'oppose à la programmation sur le SIDA, que les responsables font des difficultés, surtout lorsqu'il s'agit de communiquer franchement des informations sur le SIDA.

[Texte]

Have you been in contact with CBC to make sure their policies will be consistent with a public preventive education program?

**The Chairman:** That is indeed a good question.

**Mr. Epp (Provencher):** I do not know what CBC policy is. But with respect, Mr. McCurdy, maybe I should have other people in this room defending the CBC.

But *The Journal*, for example, just a number of weeks ago did a program on AIDS. I cannot give you any further light on what is happening in Windsor, and CBC in Windsor, but I do not think we should draw the conclusion that the CBC has been totally outside of this issue, or that it has not conveyed information on programs such as *The Journal*.

**Mr. McCurdy:** I saw the program on *The Journal*. But there appear to be some limitations on what can be done within the purview and the context of local programming. Of course, the AIDS group in Windsor, as in many areas, is a homosexual group, and that seems to be the basis on which is predicated their exclusion from access to public announcements.

**Mr. Epp (Provencher):** I have no knowledge of that.

**The Chairman:** I think the other point here is that the CBC, as I understand it, are unable, because of their policy, to have any reference to the use of condoms, for instance. That applies not only to AIDS but to the planned parenthood group. They are being denied access for that same reason; I believe it is over condoms.

**Dr. Walters:** I believe that is true. But the issue is a historical one, so the policy has been over contraceptives, as that is a very difficult area for the CBC in particular, with contraceptives. About the disease-prevention possibilities of condoms and the discussion of safe sex, I think we are exploring those markets, and our research has shown a willingness on the part of all networks, through their review committees, to explore that issue at the present time. So I think that issue is starting to turn around, and with pressure from the community groups and ourselves they are doing this.

I think it has been traditional. In fact, one of the things is that they have really not been approached *en masse* by, let us say, manufacturers of condoms, other groups, really to get a lot of air time for, say, condom commercials; this type of thing. So this is very new, and we anticipate a positive response from the media on these things.

**The Chairman:** Mr. Turner.

• 2045

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, of the 873 known cases in Canada, do you now if any of them are actually new Canadians or immigrants who have recently arrived in the country?

**Mr. Epp (Provencher):** No, Mr. Chairman. There is one group that might give you a ballpark figure—persons from

[Traduction]

Êtes-vous entré en contact avec Radio-Canada pour vous assurer que leur politique sera conforme au programme public d'éducation préventive?

**Le président:** C'est effectivement une très bonne question.

**M. Epp (Provencher):** Je ne sais pas quelle est la politique de Radio-Canada. Cela dit, monsieur McCurdy, il y a d'autres personnes dans la salle qui pourront mieux que moi défendre Radio-Canada.

Quoiqu'il en soit, il y a quelques semaines seulement, on a diffusé un programme sur le SIDA à l'émission *The Journal*. Je ne peux pas vous donner de détails sur ce qui se passe à Windsor, à Radio-Canada à Windsor, mais il ne faudrait pas en conclure que Radio-Canada s'est totalement désintéressée de cette question ou n'a pas cherché à informer le public au cours de programmes comme *The Journal*.

**M. McCurdy:** J'ai vu l'émission *The Journal*. Mais apparemment, dans la programmation locale, il y a des limites à ce qu'on peut faire. Bien sûr, le groupe du SIDA à Windsor, comme dans beaucoup d'autres régions, est un groupe homosexuel, et c'est sur cela qu'on se fonde pour l'empêcher d'annoncer publiquement ce qu'il organise.

**M. Epp (Provencher):** Je ne suis pas au courant.

**Le président:** Il y a un autre problème, c'est que la politique de Radio-Canada l'empêche de parler de condoms, entre autres choses. Il n'y a pas que les groupes de SIDA qui soient concernés, les groupes de planning familial également. On refuse leur communication pour la même raison, à cause des condoms, je crois.

**Dr Walters:** Je crois que c'est exact. Mais c'est un problème historique, et c'est la politique sur les contraceptifs qui est en cause. Pour Radio-Canada, les contraceptifs sont un problème épineux. Or, lorsque nous explorons les aspects préventifs des condoms et des relations sexuelles sans danger, c'est à ce domaine que nous touchons, mais apparemment tous les réseaux seraient disposés à demander aujourd'hui à leur comité de révision de reconsidérer leur position. Je pense que nous allons donc voir les choses évoluer d'autant plus que les groupes communautaires et nous-mêmes les y encourageons.

C'est une question de tradition. En fait, jusqu'à présent les fabricants de condoms, d'autres groupes, n'ont pas vraiment cherché à obtenir beaucoup de temps d'antenne, à faire de la publicité sur les ondes, etc. C'est donc quelque chose de très nouveau, et nous pensons que la réaction des média sera positive.

**Le président:** Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, sur les 873 cas dépistés au Canada, savez-vous s'il y a des Canadiens récents ou des immigrants qui sont arrivés depuis peu?

**M. Epp (Provencher):** Non, monsieur le président. Il y a un groupe qui pourrait vous donner une idée de la situation, les



[Text]

endemic areas, and, again, those need not be new immigrants. But if you want those figures . . . That is the only information I have.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you have the average age for those who are presently infected and the average age of those who have died from the illness?

**Mr. Epp (Provencher):** I do not have those numbers.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I am trying to get an idea if they are 20-year-olds, or 30-year-olds, or—

**Mr. Epp (Provencher):** We do not have the actual age regarding infection, but we can give you some indication, if that sounds good to you. If you look at the 20- to 29-year-old bracket, male—alive, 94, dead, 66; female—alive, 5, dead, 9. The number of cases in that age bracket is 174, or 19.9% of the total number of cases.

The largest single group is the 30-year-old to 39-year-old bracket, male again—alive, 182, dead, 191; female—alive, 4, dead, 12. The total is 389 or 44.6% of the cases.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you. So the heaviest incidence of this disease is in the 30- to 39-year-old bracket.

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, that age bracket has the largest number of cases.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I want to ask a question on blood testing. I recall that there were earlier reports, about a year or two ago, from the Red Cross that alarmed a lot of people, the fact that blood tests were showing positive for the virus. Can you give us any indication of the percentage of donated blood that tests positive for the virus, at the present time?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Smith, please.

**Mr. Smith:** The rate is running about two-tenths of 1% of the donations at this point in time.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Is it safe to say, then, that the Red Cross is now doing almost an impeccable job in terms of screening blood that they receive from donors?

**Mr. Smith:** Yes. Perhaps I could go back to something that was mentioned earlier about testing. We are not dealing with a single-test system here. If there is the slightest equivocation about the reading of the initial test that is done on screening, then it is put through a second test process, which tests on an entirely different basis. So you get some comparison and some upgrading of the result you are getting. Even though there is a small range where the first test may not be specific, even in that group, you are picking up those remaining equivocal ones in the second round of testing.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, I have one last quick question on, perhaps, what may be perceived as unethical practices by life insurance industries. Do you know if any of them are discriminating against Canadians who have the AIDS virus or even, for that matter, are they discriminating against other members of a family where there may be a known carrier? If the life insurance companies are discriminat-

[Translation]

gens qui viennent de régions où la maladie est endémique, mais encore une fois, ce ne sont pas forcément des immigrants récents. Si vous voulez ces chiffres . . . ce sont les seules informations que j'ai.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Avez-vous l'âge moyen des gens qui sont atteint à l'heure actuelle et des gens qui sont morts du SIDA?

**M. Epp (Provencher):** Je n'ai pas ces chiffres.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'essaie d'avoir une idée, sont-ils dans la vingtaine, dans la trentaine, ou bien . . .

**M. Epp (Provencher):** Nous n'avons pas d'âges, mais, si vous le voulez, nous pouvons vous donner une indication. Si vous prenez les hommes de 20 à 29 ans, vous avez, toujours vivants: 94, décédés: 66. Chez les femmes, vivantes, 5, décédées, 9. Dans cette catégorie d'âge, il y a 174 cas, c'est-à-dire 19,9 p. 100 du nombre total de cas.

Le groupe le plus atteint, c'est celui des 30 à 39 ans; chez les hommes, vivants, 182, morts, 191. Chez les femmes, vivantes, 4, mortes, 12. Au total, 389 personnes, soit 44,6 p. 100 des cas.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci. Autrement dit, la maladie frappe surtout les gens de 30 à 39 ans.

**M. Epp (Provencher):** Effectivement, c'est là qu'on a trouvé le plus grand nombre de cas.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'ai une question à poser au sujet des tests sanguins. Je me souviens qu'il y a un an ou deux, la Croix-Rouge avait annoncé quelque chose qui avait inquiété beaucoup de monde, des tests sanguins qui indiquaient la présence du virus. Avez-vous une idée du pourcentage des dons de sang où le virus est présent?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Smith, je vous en prie.

**M. Smith:** À l'heure actuelle, environ 0,002 p. 100 des dons.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Dans ce cas, on peut dire que la Croix-Rouge réussit à vérifier les dons de sang à peu près à la perfection?

**M. Smith:** Oui. J'aimerais revenir sur une chose qu'on a dite tout à l'heure au sujet des tests. Il ne s'agit pas d'un test unique; si il y a la moindre incertitude sur le résultat du premier test, un second test est effectué, avec une méthode entièrement différente. Il est donc possible de faire des comparaisons et d'améliorer les résultats. Dans de rares cas, le test manque de précision, mais le deuxième test permet de déceler tout ce qui aurait pu échapper au premier test.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur le président, une dernière question sur une pratique des compagnies d'assurance qui n'est peut-être pas très éthique. Savez-vous s'il y en a qui font de la discrimination contre les Canadiens qui ont le virus du SIDA et même, contre les membres d'une famille où il y a quelqu'un qui est porteur du virus? Si les compagnies d'assurance font de la discrimination dans ces cas, est-ce que le



[Texte]

ing against these people, is the government monitoring this in any way? Does it intend to do anything about it?

**Mr. Smith:** The issue of whether the companies were engaged in discriminatory practice was examined by the department's legal advisers, who indicated that as long as the test was being applied as a general screening device, it fell into the category of other general medical- and health-risk assessments being done by insurance companies.

In the case of the insurance companies, as we understand it, they are applying the test to individuals who apply for over a certain amount of insurance. They are not running any kind of prescreening or stereotypic screening of individuals before applying the test.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**Mr. Epp (Provencher):** That includes members of families as well.

• 2050

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It does, yes.

So you are not knowledgeable then of any actual acts of discrimination against a family member where there is a known AIDS carrier.

**A Witness:** No.

**Ms Copps:** Maybe the legal branch might have had an opinion on this. But in any case, you are probably familiar with the case of at least two flight attendants from Pacific Western Airlines who lost their jobs because they had AIDS. It has been grieved; and I gather one of them has since passed away. Has the department either been asked to or sought a legal opinion as to the legality of firing somebody or suspending somebody because they have contracted AIDS?

**Mr. Epp (Provencher):** I would ask if Mr. Smith would answer that, which will be general rather than to the specific case.

**Mr. Smith:** We have not sought a legal opinion on that issue. We are working with all the different sectors of the workplace in order to develop the kind of guidelines that will have a consensus across the board as to how individuals in the workplace, who may be infected or have AIDS, are handled by their employer—their rights of confidentiality, and so on.

**Ms Copps:** Just out of curiosity. You embarked on an investigation with respect to the legality of AIDS-testing for insurance, why would you not have shown the same legal interest in the case of employees who lose their jobs?

**Mr. Smith:** We do have a very keen interest in the legal outcome of the adjudication.

**Ms Copps:** And what is your interest?

**Mr. Smith:** We are awaiting, with everyone, for the outcome of that grievance procedure to give us some indication of what the legal system determines is the case.

[Traduction]

gouvernement s'intéresse à cette situation? A-t-il l'intention de faire quelque chose?

**M. Smith:** Les conseillers juridiques du ministère se sont intéressés à la possibilité de discrimination de la part des compagnies d'assurance; ils ont conclu que, tant que le test était généralisé, c'était un élément de l'examen médical normal effectué par les compagnies d'assurance.

Quant aux compagnies d'assurance, apparemment elles font subir le test aux gens qui s'assurent à un certain niveau. Avant d'exiger le test, elles ne s'informent pas sur les cas individuels, elles ne se fondent pas sur des stéréotypes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**M. Epp (Provencher):** Cela comprend les membres de la famille également.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui.

Vous n'avez donc pas connaissance d'actes de discrimination envers le membre d'une famille qui compte un porteur du SIDA.

**Un témoin:** Non.

**Mme Copps:** Il aurait peut-être été judicieux de consulter les services juridiques à ce sujet. Quoi qu'il en soit, vous connaissez probablement le cas d'aux moins deux membres du personnel de bord de *Pacific Western Airlines* qui ont perdu leur emploi parce qu'ils avaient le SIDA. Ces décisions ont fait l'objet de griefs, et je crois que depuis l'un des deux est mort. A-t-on demandé à votre ministère, et vous êtes-vous vous-même informé à ce sujet, s'il était légal de congédier ou de suspendre un employé ayant contracté le SIDA?

**M. Epp (Provencher):** Je demanderais à M. Smith de vous répondre. Je suppose que sa réponse sera de caractère général plutôt que de caractère particulier.

**M. Smith:** Nous ne nous sommes pas informés sur la légalité de tels licenciements. Nous oeuvrons de concert avec les différents secteurs du marché du travail à l'élaboration d'une sorte de politique acceptée de tous et régissant la manière donc devrait être traités les employés susceptibles d'être infectés ou d'avoir le SIDA, interdisant toute atteinte à leur vie privée, etc.

**Mme Copps:** Une simple question dictée par la curiosité. Vous avez fait une enquête sur la légalité de test de dépistage de SIDA par les compagnies d'assurance, pourquoi n'avez-vous pas manifesté le même intérêt pour ces employés ayant perdu leur emploi?

**M. Smith:** La jurisprudence qui découlera de cet arbitrage nous intéresse vivement.

**Mme Copps:** Dans quel sens?

**M. Smith:** Comme tout le monde, nous attendons des résultats de cette procédure de grief qu'elle nous indique l'interprétation possible sur le plan juridique dans de tels cas.

[Text]

**Ms Copps:** Right. But you have determined in the case of life insurance, and upon your investigation, that there is not discrimination occurring. Have you undertaken the same independent analysis in the area of job security? Do you have an opinion? Do you think this case is wrong? And if you do think it is wrong, are you going to be making any presentations? What do you intend to do about it?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, the case, as Ms Copps mentioned earlier, has been grieved. We will wait for the adjudication of the grievance.

**Ms Copps:** But as a general rule, you at Health and Welfare presumably have some information which could impact upon the treatment of AIDS patients on the job. What position do you take? As a general principle, do you think it is a valid reason for somebody to be suspended because they have contracted AIDS?

**Mr. Epp (Provencher):** Again, Mr. Chairman, that is a hypothetical case and very hard to answer.

**Ms Copps:** It is not hypothetical.

**Mr. Epp (Provencher):** Just a minute. It is a hypothetical case that you give, because the Pacific Western case has been grieved, and I cannot refer to that. What I can tell is that this issue obviously is a matter of contention in the airline industry, which you have referred to, between management and between the union. But as to what the outcome of the grievance will be, and what impact it might have on other similar cases, I do not think there can be any expectation as to what position the department can or will have to take once that grievance procedure is complete.

**Ms Copps:** I would like to deal in a general way, because again the emphasis is two-pronged—on education and on research. If I were an employer, and I were to call Health and Welfare today, the Health Protection and Promotion Branch, and I were to ask the branch what my course of action should be if I should discover that one of my employees happens to have AIDS—options including suspension, carry on as usual, whatever—what would you advise?

**Mr. Smith:** We would provide you with something that has been prepared on AIDS in the workplace. It gives you pretty comprehensive advice on how to handle the issue of having an employee with AIDS in the workplace, what the employee rights are, what medical or other reasons there may be to take any particular special action. That was prepared by the Ministry of Health in Ontario and, through the Minister of Health of Ontario, circulated to all the provinces and the federal government for their use.

**Ms Copps:** Am I to extrapolate from that—

• 2055

**Mr. Smith:** This is what you would receive from us if you asked us for information on AIDS in the workplace.

[Translation]

**Mme Copps:** D'accord. Il reste que, dans le cas des assurances-vie, après enquête, vous avez jugé qu'il n'y avait pas discrimination. Est-ce que vous vous êtes livrés au même genre d'analyse indépendante en matière de sécurité d'emploi? Est-ce que vous avez une opinion? Pensez-vous que ces décisions ne seront pas défendables? Et dans un tel cas, interviendrez-vous? Qu'avez-vous l'intention de faire?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, le cas cité par M<sup>me</sup> Copps fait l'objet d'un grief. Nous attendons que la décision concernant ce grief soit donnée.

**Mme Copps:** Au ministère de la Santé et du Bien-être je suppose que vous détenez certains renseignements qui pourraient avoir une incidence sur le traitement des employés affectés par le SIDA. Qu'elle est votre position? Comme principe général, pensez-vous que le SIDA est une raison valide pour suspendre quelqu'un?

**M. Epp (Provencher):** Encore une fois, monsieur le président, il s'agit d'une question hypothétique à laquelle il est très difficile de répondre.

**Mme Copps:** Ce n'est pas un cas hypothétique.

**M. Epp (Provencher):** Un instant. C'est un cas hypothétique puisque la décision de *Pacific Western* a fait l'objet d'un grief et je ne peux donc m'y référer. Tout ce que je peux dire, c'est que de toute évidence cette question est à l'origine d'un conflit entre la direction et les syndicats de l'industrie aérienne. Maintenant, s'agissant de ce grief, de la décision qui sera prise et de l'incidence qu'elle pourra avoir sur d'autres cas analogues, préjuger de la position qu'adoptera en conséquence le ministère serait de la pure spéculation.

**Mme Copps:** J'aimerais aborder la question d'une manière générale puisqu'encore une fois il y a deux éléments, l'éducation et la recherche. Si j'étais patron, si j'appelais aujourd'hui Santé et Bien-être Canada, la direction générale de la Protection de la santé, pour lui demander que faire au cas où de découvrirais qu'un de mes employés a le SIDA—mon choix étant entre autre de suspendre cet employé ou de faire comme si de rien n'était—quel conseil me donneriez-vous?

**M. Smith:** Nous vous enverrions une brochure consacrée au SIDA en milieu de travail. Cette brochure vous donne une liste assez complète de conseils sur la manière de régler ce genre de problème, sur les droits des employés, sur les raisons médicales ou autres justifiant la prise de mesures particulières. Cette brochure a été préparée par le ministère de la Santé en Ontario et distribuée, à l'initiative du ministre de la Santé de l'Ontario, à toutes les provinces et au gouvernement fédéral.

**Mme Copps:** Dois-je en conclure...

**M. Smith:** C'est ce que nous vous enverrions si vous nous demandiez des renseignements sur le SIDA en milieu de travail.



[Texte]

**Ms Copps:** Then if I ask you... if I want to fire my employee, am I within my rights? What would you answer me with?

**Mr. Smith:** The AIDS centre does not have lawyers on staff directly, so we would have to find that opinion for you elsewhere.

**Ms Copps:** Well, why did you give us a legal opinion on the insurance industry?

**Mr. Smith:** That is the opinion our legal advisers in the department have provided to us.

**Ms Copps:** But you have not sought to get any legal opinion on people's security on the job?

**Mr. Smith:** No.

**Mr. Epp (Provencher):** Not at the moment.

**Ms Copps:** It is an area that... you have two cases here that are specifically under grievance, but there are probably a lot of other people who are not covered by collective agreements and who would like to know what their rights are, for employers and employees, in people's reaction to this particular disease. Hopefully, it would be like... if somebody discovered they had cancer, they would hopefully not have their employer turn around and say: you are suspended.

**Mr. Epp (Provencher):** I think that is a valid question. Dr. Walters informs me that we are working on that type of a response. But again, we have to keep in mind that this is an evolving situation, in which obviously grievances are going to affect any response the department will eventually give after consultation with Justice lawyers.

**Ms Copps:** I have one last question for Dr. Walters, relating to the question of public information via the air waves. The CPHA has launched this program. Given, I guess, the constraints the CBC has operated under, as one example—and I do not think it is unique to the CBC that generally we have not had condom advertisements; we have not had contraceptive advertising over the air waves of any kind; I have not seen it in this country—have you done any kind of surveying of the industry to determine just how effectively they are prepared to carry this message that is being put together by the CPHA, and what kind of response have you had from the industry?

**Dr. Walters:** We are at the stage where our contact with the industry I think has been positive to date, with the industry committee representing the non-CBC stations. In reviewing the material, they believe there would be an acceptability of information dealing with explicit matters, including condoms, given that it was appropriately aired, tastefully done, and within the standards of the industry. I think that means it is acceptable, given that it is well done.

So I think the paving of the way in the exploration of the issue has been done. Now to present the media with the specific information is the next step. So I think as you have heard this message warming up on the media, very much so

[Traduction]

**Mme Copps:** Si je vous demande... Suis-je en droit de licencier mon employé? Que me répondriez-vous?

**M. Smith:** Nous n'avons pas d'avocat au centre du SIDA et il nous faudrait donc faire appel à une aide extérieure.

**Mme Copps:** Pourquoi nous avez vous donné une opinion juridique en ce qui concerne les assurances?

**M. Smith:** C'est l'opinion qui nous a été donnée par les services juridiques de notre ministère.

**M. Copps:** Mais vous n'avez pas demandé à ces mêmes services une opinion concernant la sécurité d'emploi?

**M. Smith:** Non.

**M. Epp (Provencher):** Pas pour le moment.

**Mme Copps:** C'est un domaine... Il y a ces deux cas qui font l'objet de griefs, mais il y a probablement beaucoup d'autres personnes qui ne sont pas couvertes par des conventions collectives et qui aimeraient savoir quels sont leurs droits, aussi bien ceux des employeurs que des employés, devant cette maladie particulière. Il est à espérer que ce serait comme... Si quelqu'un découvre qu'il a le cancer, il est à espérer que son employeur ne va pas tout simplement lui dire: vous êtes suspendu.

**M. Epp (Provencher):** C'est une question qu'il faut se poser. M. Walters m'informe que nous étudions la question. Mais encore une fois, il ne faut pas oublier que c'est quelque chose de nouveau et que de toute évidence le jugement rendu au sujet de ces griefs aura une influence sur la position que le ministère finira par adopter après consultation des services juridiques.

**Mme Copps:** J'ai une dernière question à poser à M. Walters au sujet des informations destinées au public sur les ondes. C'est l'Association canadienne d'hygiène publique qui est à l'origine de ce programme. Compte tenu, je suppose, des contraintes imposées à Radio-Canada, par exemple—et je ne pense pas que le fait que d'une manière générale il n'y ait jamais de publicité pour les préservatifs soit unique à Radio-Canada; il n'y a jamais eu de publicité pour la contraception sur les ondes; je n'en ai jamais entendu dans ce pays—avez-vous contacté l'industrie pour déterminer de quelle manière elle était prête à servir de support à ce programme préparé par l'Association canadienne d'hygiène publique, et quelle a été d'une manière générale sa réponse?

**Dr Walters:** Jusqu'à présent, nos contacts avec l'industrie sont positifs, nos contacts avec le comité de l'industrie représentant les stations n'appartenant pas au réseau de Radio-Canada. Après examen, ils ont déclaré acceptable de genre d'information portant sur des questions explicites, y compris les condoms, à condition de respecter certains critères de bon goût et de respecter les normes de l'industrie. Je suppose qu'ils sont prêts à le faire à condition que cela soit bien fait.

J'estime donc que le principe a été accepté. Maintenant il faut passer au contenu. Le message passe de plus en plus sur les ondes, les réseaux s'y sont mis, y compris Radio-Canada. Si vous avez écouté hier *Sunday Morning* puis *Cross Country*



**[Text]**

the networks have got into it, including the CBC. If you had listened yesterday on *Sunday Morning*, and then *Cross-Country Checkup*, there was a lot of information specifically asking about safe sex, with people phoning in, etc. So I think there is a great deal of interest, a great deal of expectancy, and hopefully a great deal of acceptance of the new messages that are necessary.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Walters.

May I, Mr. Minister, on behalf of the committee, thank you and your officials for being here tonight. I think the interest shown, and the speed with which changes are taking place in this whole area, suggest we may want to have you back within another year, I would hope. Thank you very much for coming.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

**[Translation]**

*Checkup*, vous avez pu constater le nombre de questions posées par les auditeurs sur le sexe sans danger, entre autres. Il est certain que l'intérêt manifesté est grand, et que ce genre de campagne d'information nécessaire deviendra monnaie courante.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Walters.

Monsieur le ministre, puis-je au nom du Comité vous remercier ainsi que vos fonctionnaires d'être venus ce soir. Je crois que l'intérêt manifesté, que la rapidité avec laquelle la situation évolue dans tout ce domaine, me suggère que nous voudrions certainement vous rappeler d'ici un an. Merci beaucoup d'être venu.

La séance est levée.











*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

On Monday, February 2, 1987:

*From the Canadian Public Health Association:*

Dr. David J. Walters, Director, AIDS Education and Awareness Program.

*From the Department of National Health and Welfare:*

Gregory Smith, National Aids Centre, Health Protection Branch.

#### TÉMOINS

Le lundi 2 février 1987:

*De l'Association canadienne d'hygiène publique:*

D<sup>r</sup> David J. Walters, directeur, Programme d'information/éducation sur le SIDA.

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

Gregory Smith, Centre national du SIDA, Protection de la santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 6

Thursday, February 5, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 6

Le jeudi 5 février 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Gilbert Chartrand

MEMBERS

Sheila Copps  
Moe Mantha  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Gilbert Chartrand

MEMBRES

Sheila Copps  
Moe Mantha  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS****THURSDAY, FEBRUARY 5, 1987**

(10)

*[Text]*

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:24 o'clock a.m., in Room 308 of the West Block, this day, the Chairman, Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: Individual:* Mr. Norman Panzica, Independent Counselor, Toronto, Ontario. *From the Department of Revenue Canada, Customs and Excise:* Mr. W.C. McKissock, Chief, Narcotics, Interdiction and Intelligence Division.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Mr. Norman Panzica made an opening statement and answered questions.

Mr. W.C. McKissock made an opening statement and answered questions.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL****LE JEUDI 5 FÉVRIER 1987**

(10)

*[Traduction]*

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 24, dans la pièce 308 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: A titre individuel:* Norman Panzica, conseiller indépendant, Toronto (Ontario). *Du ministère de Revenu Canada, Douanes et accise:* W.C. McKissock, chef, Stupéfiants, Division des renseignements et de la répression de la contrebande.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité étudie de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif des drogues.

M. Norman Panzica fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

M. W.C. McKissock fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, February 5, 1987

• 0924

**The Chairman:** The Chair sees a quorum to hear evidence. The orders of the day are pursuant to Standing Order 96(2) and relate to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

We have two sets of witnesses today. The first one is Mr. Norman Panzica, an independent counsellor from Toronto. The second set of witnesses are the officials from the Department of Revenue Canada, Customs and Excise, led by Mr. McKissock.

• 0925

I am sorry to report that Mr. Panzica, who has come up from Toronto, sent some material to the committee some number of days ago and it has not arrived. Unfortunately, it may put him at a disadvantage, and we are sorry about that. We will be glad to hear your testimony, and I am sure there will be some questions for you.

**Mr. Norman Panzica (Independent Counsellor, Toronto, Ontario):** The only thing I sent up, Mr. Chairman, was a biography of myself and certain information about the kind of work that I do. I sent it more than two weeks ago. Evidently, it never got there.

**The Chairman:** I think our researcher does have some material about you in the briefing books we have, so we are familiar, in a general way, with the nature of your business.

**Mr. Panzica:** Obviously, I am flattered beyond my words to be here. Eleven years ago I testified before the Senate, and I am equally flattered to be before this committee.

As to who or what I am, I am a counsellor. I was born in Welland, Ontario in 1934 and married a lady from Rouyn, Quebec. I have of the greatest young Canadians as my children; one of whom is going into politics, he tells me.

I went to McMaster University, and later to York University, both as a mature student. I started counselling in 1960, when the only really worthwhile and valid material about drug addicts came from the Senate committee hearings of 1955. They knew, as no one else knew, that the best predictor of heroine use at that time was time in a jail, that when you said "drug addict" you meant a heroine addict who was an ex-convict before the advent of drug use.

I was asked to find a drug addict for a television program, and, in company with a theology student and two or three police officers, we decided to help one particular heroine-addicted prostitute to rehabilitate herself. It was my function to find her a place to stay. I could not do so. At my wife's suggestion, I took her home for a couple of days while we found her a place to stay. The young woman stayed six months, and subsequently 50 others lived with us for varying

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 5 février 1987

**Le président:** Je vois que nous avons le quorum pour entendre des témoignages. Conformément au Règlement 96(2), nous reprenons l'étude du mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à la consommation des drogues.

Nous accueillons deux témoins aujourd'hui. Tout d'abord, M. Norman Panzica, un expert-conseil de Toronto. Deuxièmement, des fonctionnaires de Revenu Canada, Douanes et accise, dont le porte-parole est M. McKissock.

Je suis désolé de vous signaler que la documentation que nous avait envoyée M. Panzica, qui vient de Toronto, n'est jamais arrivée. Il en sera peut-être désavantagé, et nous nous en excusons. Nous serons heureux d'entendre votre témoignage, et je suis sûr que nous aurons des questions à vous poser.

**M. Norman Panzica (expert-conseil indépendant, Toronto, Ontario):** J'avais seulement envoyé mon curriculum vitae, ainsi que des renseignements au sujet de mon travail actuel. J'ai envoyé ces documents il y a plus de deux semaines. Il est évident que vous ne les avez jamais reçus.

**Le président:** Je crois que notre recherchiste nous a fourni certaines notes biographiques à votre sujet; nous connaissons donc la nature de votre travail de façon générale.

**M. Panzica:** Évidemment, je suis extrêmement flatté d'avoir été invité ici. Il y a onze ans, j'ai témoigné devant le Sénat, et je suis tout aussi fier de comparaître devant votre Comité.

Pour me présenter, je suis un expert-conseil. Je suis né à Welland, en Ontario, en 1934 et j'ai épousé une jeune fille de Rouyn, au Québec. J'ai quatre merveilleux enfants, dont un qui espère entrer en politique.

J'ai fréquenté l'Université McMaster, et ensuite l'Université York comme étudiant adulte. J'ai commencé à faire du counselling en 1960, quand la seule information valable au sujet des narcomanes venait des audiences tenues par un comité du Sénat en 1955. Il savait mieux que quiconque que l'usage de l'héroïne résultait presque toujours d'une période d'incarcération, et que lorsqu'on disait «narcomane», on voulait dire un héroïnomanie ayant déjà fait de la prison.

On m'a demandé de trouver un narcomane pour une émission de télévision, et en collaboration avec un étudiant en théologie et deux ou trois agents de police, j'ai décidé d'aider une prostituée héroïnomanie en particulier à se réhabiliter. C'est moi qui étais chargé de lui trouver un logement. Cela m'était impossible, et à la suggestion de ma femme, je l'ai amenée à la maison pendant quelques jours en attendant qu'on lui trouve un logement. Cette jeune femme est restée avec nous six mois, et par la suite, cinquante autres ont vécu avec nous



## [Texte]

periods, ranging from a few weeks to several months. One at a time, I might add.

For that and other service, my wife was given the Ontario Bicentennial Medal—inadequate, but recognition anyway.

I was last employed in 1970, and at the moment I am senior consultant to the Council on Drug Abuse. I am a consultant to the Surgeon General's Branch in the Department of National Defence. I am a consultant to the Ontario Association of Chiefs of Police. I lecture at the Canada Police College. I am senior consultant to an organization called Youth Without Shelter, which is a short-term intensive treatment for adolescent isolates.

My work is divided between what might broadly be termed teaching, in the sense of moving into a community for two days, and speaking nine times in forty-six hours with everybody—grade 4 children up to the community professionals. This has taken me to eight provinces, and places I had not heard of before I visited them.

However, I am just a counsellor, and that is more than enough about me. I was also asked to discuss what I wish that government would know. I think governments are getting smarter all the time. The federal pamphlet *Stay Real* was, to my knowledge, the first government-issued thing about marijuana, which made the crucially important point that the major effects of any drug are the ones that are not prescribed by the user. I have read it from all 10 provinces. My own province, Ontario, has not done terribly well with that subject, so that there is constant improvement.

• 0930

I wish we understood that enforcement, treatment and preventive education constitute a tripod in which it is impossible to say that one is more important than either of the other two.

In terms of trends on the streets, we are not paying nearly enough attention to the diversion of legal drugs to illicit use. For example, if you talk to anybody from the Prairies, the Demerol, Delauded, Percodan—I am not a pharmacologist or a physician, but I am fully aware of the effects of these things—the diversion of those from legal sources to the streets is a dreadful problem.

As to what is going on in the streets, in the Niagara region, where I come from and where I worked the day before yesterday, there are young kids trafficking in booze. In other words, a student would take orders before lunch and go to a 19-year-old confederate over the lunch period and come back and distribute the beverage alcohol.

In Ontario we sell cooking sherry to 10-year-old girls, and we permit an alcoholic beverage called Sarasoda to be sold in bottles that resemble beer bottles in what I believe, but cannot prove, to be a deliberate and wilful attempt to sucker the

## [Traduction]

pendant différentes périodes de temps, de quelques semaines à plusieurs mois. Je dois ajouter que nous n'en accueillions qu'une à la fois.

Pour avoir rendu ce service, entre autres, on a octroyé à ma femme la médaille du bicentenaire de l'Ontario—ce n'est peut-être pas tout à fait approprié, mais c'est quand même une reconnaissance de sa contribution.

J'ai détenu un poste pour la dernière fois en 1970, et je suis maintenant expert-conseil auprès du Conseil sur l'abus des drogues. Je le suis également auprès du Centre médical du ministère de la Défense nationale, de l'Association des chefs de police de l'Ontario, et je donne des cours au Collège de police du Canada. Je conseille également une organisation appelée *Youth Without Shelter*, un centre de traitement intensif à court terme pour les adolescents.

Mon travail se divise entre ce qu'on pourrait appeler l'enseignement, c'est-à-dire donner neuf exposés en 46 heures dans une collectivité donnée—m'adresser aux enfants de la 4<sup>e</sup> année jusqu'aux professionnels. Ces activités m'ont amené dans huit provinces et dans des endroits dont je n'avais jamais entendu parler.

Toutefois, je ne suis qu'un conseiller, et c'est bien assez à mon sujet. On m'a aussi demandé d'exprimer mon avis sur ce que le gouvernement devrait savoir. Je crois que les gouvernements deviennent de plus en plus intelligents. Pour autant que je sache, le dépliant fédéral *Stay Real* a été le premier document qu'ait publié un gouvernement au sujet de la marijuana, mettant l'accent sur un fait extrêmement important, c'est-à-dire que les effets les plus importants de toute drogue sont ceux qui ne sont pas prescrits par l'usager. J'ai lu ce qui a été publié par les provinces. Ma propre province, l'Ontario, n'a pas fait grand-chose jusqu'ici, mais il y a toujours des améliorations.

J'aimerais que l'on comprenne que l'application de la loi, le traitement et la prévention forment un trio essentiel et qu'on ne peut prétendre qu'un élément est plus important que l'un des deux autres.

Quant à ce qui se passe dans la rue, nous n'accordons pas assez d'attention à l'usage illicite de drogues licites. Par exemple, n'importe qui des Prairies pourra vous dire l'énorme problème que posent des drogues licites comme le Demerol, le Delauded, le Percodan—je ne suis ni pharmacien, ni médecin, mais je connais très bien les effets de ces substances.

De plus, dans la région du Niagara, d'où je viens et où je travaillais avant-hier, de jeunes enfants font le trafic de l'alcool. Autrement dit, un élève prend les commandes avant le déjeuner, remet la liste à un associé de 19 ans pendant l'heure du déjeuner, et revient ensuite distribuer les boissons alcoolisées.

En Ontario, nous vendons du sherry pour la cuisine à des filles de 10 ans et nous permettons la vente d'une boisson non alcoolisée appelée Sarasoda dans des bouteilles qui ressemblent à s'y méprendre à des bouteilles de bière. D'après moi, mais je

## [Text]

young into becoming booze drinkers. I drank, being Sicilian to start with, at two years old.

Marketing by devious means to 12-years-olds is, in my view, reprehensible. I wish further that those who look after us would understand that the use of any psychoactive promotes and makes more likely the use of any other.

We know, for example, that with an individual who has used marijuana 1,000 times—that is roughly eight or nine joints of grass a week for a couple of years—the probability is 75% that the individual will use cocaine. Cocaine is getting cheaper on the streets of Canada, and that scares me terribly. As anything becomes more available, more people are going to get messed up on it.

There are beverage alcohol interests in Ontario that would have me believe that if McDonald's restaurants had had two locations they would still have sold 9 billion burgers, and I do not believe it.

Marijuana, hashish, and hash oil are cannabis products. The use of these is down. The encouraging news is that this is a function of kids not starting. The schools are better than ever at teaching. The media are a thousand times more responsible than 15 years ago. The police in this country are doing a great job in education. Those things augur well for us. The bad news is that the cannabis user is not giving it up.

In other words, the median age is going up, so we now have chronic cannabis users who are legislators, and God help us, therapists and journalists and people who influence public opinion in what I have called the Roman Polansky syndrome. Mr. Polansky is a filmmaker who made films about juvenile prostitutes. Mr. Polansky faces a nine-count indictment for sex with persons under the age of 12, and that is not a coincidence, in my opinion.

There is a distinct contagion effect. If government needs to know anything, anything at all, it is that the abuse of any substance spreads because it is there. There is no chronic user who does not deal. I have been in 1,600 schools, and that can be demonstrated—about 600,000 people in the last 18 and a half years—and the kids laugh at the television stuff that says the dealer is over there, and the user is over there, because everybody over the age of 13 who touches an illicit drug knows perfectly well that you deal and you steal, and then that is not enough and you get into other crimes.

• 0935

A prominent dentist in British Columbia became a trafficker as a result of his cocaine habit. That may surprise us less than the fact the 15-year-old chronic user is compelled to spread the use of his drug for emotional or financial reasons. The concern of people of influence who have continued their grass use from 1968 to the present is an epidemiological worry.

## [Translation]

ne puis le prouver, les fabricants tentent ainsi délibérément de convaincre les jeunes de boire de l'alcool. J'en buvais déjà à deux ans, étant donné que je suis Sicilien d'origine.

À mon avis, il est tout à fait répréhensible de vendre de façon détournée à des enfants de 12 ans. J'aimerais aussi que les législateurs comprennent que l'emploi de toute substance psychostimulante rend plus probable l'emploi d'une autre.

Par exemple, dans le cas d'une personne ayant consommé de la marijuana 1,000 fois—environ 8 ou 9 joints d'herbe par semaine pendant deux ans—il y a 75 p. 100 de probabilité que cette personne consommera de la cocaïne. La cocaïne coûte de moins en moins cher dans les rues du Canada, et cela me fait terriblement peur. Plus de gens en deviendront les victimes parce que ce sera plus facile de s'en procurer.

Des commerçants de boissons alcoolisées de l'Ontario tentent de me faire croire que si la compagnie McDonald n'avait eu que deux restaurants, elle aurait quand même vendu 9 milliards de hamburgers. Je ne le crois pas.

La marijuana, le haschish et l'huile de haschish sont des produits du cannabis. L'utilisation de ces substances régresse. Il est encourageant de noter que cette baisse est due au fait que les enfants ne s'y mettent pas. Les écoles les renseignent de mieux en mieux sur leurs méfaits. Les médias d'information sont aussi 1,000 fois plus responsables qu'il y a 15 ans. Les forces policières de notre pays font aussi de l'excellent travail d'éducation. Tout cela est de bon augure. Malheureusement, l'utilisateur du cannabis ne veut pas renoncer à son habitude.

Autrement dit, l'âge moyen augmente, de sorte que nous avons maintenant des habitués du cannabis qui sont des législateurs et, Dieu nous aide, des thérapeutes et journalistes, et des gens qui ont une influence sur l'opinion publique à la façon de Roman Polansky. M. Polansky est un réalisateur qui a fait des films au sujet de prostituées mineures. Il fait face à neuf chefs d'accusation pour avoir eu des relations sexuelles avec des personnes de moins de 12 ans, et ce n'est pas une coïncidence, à mon avis.

Cela est contagieux. Le gouvernement doit au moins savoir que l'abus de toute substance se répand pour la simple raison qu'elle existe. Il n'y a pas d'utilisateur chronique qui ne s'adonne pas aussi à la vente. J'ai visité 1,600 écoles, 600,000 personnes environ au cours des dernières 18 années et demie, et les enfants rient quand on leur montre à la télévision ce qui se passe entre le vendeur et l'utilisateur. En effet, tout adolescent de plus de 13 ans qui a consommé une drogue illicite sait parfaitement bien qu'il faut aussi vendre et voler, et que si ce n'est pas assez, on commet d'autres crimes encore.

Un dentiste réputé de la Colombie-Britannique est devenu trafiquant parce qu'il était cocaïnomane. Cela peut nous surprendre moins que le fait que l'intoxiqué de 15 ans doit répandre l'usage de sa drogue pour des raisons émotives ou financières. Je m'inquiète de ce que des gens ayant de l'influence n'aient pas abandonné l'habitude de l'herbe, qui date de 1968, pour des raisons épidémiologiques.



**[Texte]**

I am down to two minutes. I have said nothing of any consequence yet. I wish we could do more about seizing the proceeds of crime, but that is a police matter. I do not think we are doing nearly enough in parent education. I do not think parents are interested enough.

In terms of how a disease spreads, all we have to do is look at England. They now have seven times the heroine addicts they had six years ago. We need a declaration the courts are not giving us. We need a declaration which says that this behavior, the selling of stuff, will not be tolerated.

When we define an offender as a clear and present menace to the community, most of us think of rape, armed robbery and that sort of thing. The low-level user is Typhoid Mary wandering the streets. She has to be located, identified and isolated. Nobody wants her shot. That is not the issue.

Ontario has made some very good moves. We now can prosecute a trespasser after he leaves the premises. Imprudent in the law . . . That was entirely to get the traffickers out of the high schools.

What concerns me about the future is that as this younger crowd comes up, they are interested in financial stability. We are so pleased by their conservatism. That is great. What bothers me is that with it, there is an egocentrism which makes them take wheelchair parking slots they do not need or deserve. The promotion of egocentrism is the ultimate cause of substance abuse. These people cannot be this egocentric without turning their children into dopers. If I have a worry, it is that.

I wish the citizen knew prevention has to start when the kid is old enough to walk. Mostly by not talking to him . . . I wish they understood the police function better. The cops are medical officers of health taking Typhoid Mary out of the picture. That is what needs to be understood.

If there is a disappointment, it is in the courts. It is the increasing trend of our society to wipe out the natural consequence of one's own actions. People pay me a great deal of money to teach a kid natural consequence in a society which, in my view, is going the other way. I am not sure I have said anything at all useful. I much prefer to answer questions, Dr. Halliday.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Panzica. I think you have challenged our thinking a little on several issues. . Ms Copps, would you like to begin?

**Ms Copps:** You mentioned you drink.

**Mr. Panzica:** Yes, ma'am.

**Ms Copps:** Are you an alcoholic?

**Mr. Panzica:** No.

**Ms Copps:** How do you make the statement every person who takes drugs will automatically, over 15, I think you said, turn to trafficking and stealing? Is that not a bit of a quantum leap?

**Mr. Panzica:** Did you tape what I said, sir?

**[Traduction]**

Il me reste deux minutes. Et je n'ai rien dit des conséquences. J'aimerais que nous réussissions mieux à capturer les produits du crime, mais c'est une question qui relève de la police. Je ne crois pas non plus que nous éduquions assez les parents. Je ne crois pas qu'ils soient assez intéressés.

Pour savoir comment une maladie se répand, il suffit de regarder l'Angleterre; elle compte maintenant sept fois plus d'héroïnomanes qu'il y a six ans. Nous avons besoin d'une déclaration stipulant que ce comportement, la vente de ces drogues, ne seront pas tolérés, mais les tribunaux ne nous la donnent pas.

Lorsqu'on dit qu'un délinquant est une menace pour la collectivité, on pense tout de suite au viol, au vol à main armée et à ce genre de crimes. Le petit intoxiqué pourrait tout aussi bien avoir la peste. Il faut le retrouver, l'identifier et l'isoler. Personne ne veut l'abattre, là n'est pas la question.

L'Ontario a pris de très bonnes mesures. Nous pouvons maintenant tenter des poursuites contre un intrus après qu'il a quitté les lieux. Cela vise uniquement à sortir les trafiquants des écoles secondaires.

Ce qui m'inquiète pour l'avenir, c'est que ces jeunes sont plus intéressés à la stabilité financière. Nous sommes ravis de leur conservatisme. Très bien. Mais cela s'accompagne d'un égocentrisme qui les porte à prendre les places de stationnement réservées aux handicapés dont ils n'ont pas besoin et qu'ils ne méritent pas. La promotion de l'égocentrisme est la cause ultime de l'abus des drogues. Des gens aussi égocentriques ne peuvent faire de leurs enfants que des drogués. Si j'ai une inquiétude, c'est celle-là.

J'aimerais que les citoyens sachent que la prévention doit commencer dès que l'enfant se met à marcher. Surtout en ne lui parlant pas . . . j'aimerais qu'ils comprennent mieux le rôle de la police. Les flics sont des agents de la santé qui cherchent à enrayer la peste. C'est ce qu'il faut comprendre.

Ce sont les tribunaux qui sont décevants. C'est aussi la tendance qu'a notre société d'oublier les conséquences de ses gestes. Les gens me donnent beaucoup d'argent pour enseigner aux enfants les conséquences naturelles de leurs gestes dans une société qui prêche le contraire. Je ne suis pas sûr d'avoir été utile. Je préfère de loin répondre aux questions, monsieur Halliday.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Panzica. Je pense que vous nous avez vraiment donné matière à réflexion. Madame Copps, voulez-vous commencer?

**Mme Copps:** Vous avez dit que vous buviez.

**M. Panzica:** Oui, madame.

**Mme Copps:** Êtes-vous alcoolique?

**M. Panzica:** Non.

**Mme Copps:** Comment pouvez-vous dire que toute personne de plus de 15 ans qui consomme des drogues se tournera nécessairement vers le trafic et le vol? N'est-ce pas exagéré un peu?

**M. Panzica:** Avez-vous enregistré mes propos, monsieur?



*[Text]*

**Ms Copps:** We do not get the transcript until later. That is what I took from it.

**Mr. Panzica:** Firstly, I did not say every person. I said every chronic user, if he is over the age of 15, has to deal or steal.

**Ms Copps:** Perhaps it is the definition of chronic users. Presumably you drink on a regular basis—

**Mr. Panzica:** Excuse me. Are you suggesting drinking and getting high are synonymous terms?

**Ms Copps:** I am asking where you get the quantum leap from people who . . . All chronic users are going to steal—

**Mr. Panzica:** They deal or they steal. I am speaking of the adolescent who does not have stock certificates.

• 0940

**Ms Copps:** But you also mentioned that legislators and other professional people who are now continuing the—

**Mr. Panzica:** Yes, some of them are.

**Ms Copps:** So your concern is not only with the 15-year-olds. It is throughout the whole society.

**Mr. Panzica:** Absolutely. But I really am amazed at how poorly I communicate. Let me try again.

First, most Canadians who drink do not get drunk. There are very substantial data from DNHW to prove that. Too many of us do; but most Canadian drinkers do not ever get impaired or drunk.

I wish to God legislators would understand—not you, Madam, but down in my city—that beverage alcohol causes a lot of suffering in people who never touch cars or bicycles. I think they have forgotten that.

Third, most experimenters do not become users. Without going through a lot of statistical mumbo-jumbo, roughly a third—a little less than a third—of those who experiment once or twice become chronic or problem users, or whatever the term one wants is.

Fourth, the trafficker—I am talking now about the under-20—the adolescent trafficker has sufficiently unrealistic thinking that he does not understand that free merchandise is a profit. Typically, three of us will put in a hypothetical \$25 for a quarter of an ounce of something or other. Like a 10-year-old boy discovering perpetual motion, he will suddenly realize he has enough to buy a whole ounce. So you get yours and he gets his and I get mine, and that is one left over; and what do we do with it? We will keep it for our own future use, as a profit, or we will sell it. The profiteering does not mean money. It means free merchandise. It means an attempt to legitimize my own abnormal behaviour by attributing it to everybody else.

*[Translation]*

**Mme Copps:** Nous n'avons la transcription que plus tard; c'est ce que j'ai compris.

**M. Panzica:** Tout d'abord, je n'ai pas dit «toute personne». J'ai dit que tout usager chronique, s'il a plus de 15 ans, doit faire le trafic ou voler.

**Mme Copps:** On ne s'entend peut-être pas sur la définition d'«usager chronique». Vous buvez probablement de façon régulière . . .

**M. Panzica:** Excusez-moi, mais voulez-vous dire que boire et fumer de la drogue, c'est synonyme?

**Mme Copps:** Je me demande comment vous pouvez faire une telle généralisation . . . que tous les usagers chroniques vont voler . . .

**M. Panzica:** Ils vendent ou ils volent. Je parle de l'adolescent qui n'a pas d'actions de sociétés.

**Mme Copps:** Mais vous avez aussi mentionné les législateurs et d'autres professionnels qui continuent de consommer . . .

**M. Panzica:** Oui, certains d'entre eux le font.

**Mme Copps:** Vous ne vous préoccupez donc pas seulement des adolescents de 15 ans, mais de tous les membres de la société.

**M. Panzica:** Absolument. Mais je n'en reviens pas de m'expliquer aussi mal. Permettez-moi d'essayer à nouveau.

Premièrement, la plupart des Canadiens qui boivent ne s'enivrent pas. Les statistiques du ministère de la Santé le prouvent. Trop de gens le font, mais la plupart des Canadiens qui boivent ne s'enivrent jamais.

J'aimerais bien que les législateurs comprennent—pas nécessairement vous, madame—que les boissons alcoolisées causent bien des souffrances à des gens qui ne conduisent jamais. Je crois qu'ils l'ont oublié.

Troisièmement, la plupart de ceux qui en font l'essai ne deviennent pas des usagers. Sans trop entrer dans les détails, environ un peu moins d'un tiers de ceux qui font l'essai d'une substance une ou deux fois deviennent des usagers chroniques ou des intoxiqués, ou quel que soit le terme qu'on utilise.

Quatrièmement, le trafiquant—je parle maintenant de ceux de moins de 20 ans—n'est pas assez réaliste pour comprendre que la marchandise gratuite qu'il se procure est un bénéfice. Disons que trois usagers versent chacun 25\$ pour acheter un quart d'once de drogue. L'adolescent se rend tout à coup compte qu'il en a assez pour acheter une once entière. Donc, les trois ont chacun leur part, et il en reste une. Que peut-on en faire? On la garde pour la consommer plus tard, ou on la vend. Les bénéfices ne prennent pas toujours la forme d'argent. Cela peut être aussi de la marchandise gratuite. Cela signifie tenter de légitimer mon propre comportement anormal en disant que tout le monde le fait.

**[Texte]**

The reality is, most kids do not do dope. Booze is killing more teenagers than any three other drugs you ever heard of.

Last, about those who come to . . . well, not my age, but younger than me; say 30- to 40-year-olds. Most of those people do not get drunk and do not get high on anything either. My concern, however, is that there has never been, ever, nor can there be, an unbiased discussion about drugs; not by me, certainly; but most assuredly, not by anyone else.

When a trusted television commentator promotes or condones a behaviour, he is causing its use in the young, and he has no obligation whatever for the negative outcomes. He can go on television, hypothetically, or stand on a public stage and say, it seems to me the adults are interfering with your right to have a good time when they do not want you to drink or smoke dope. And that sucker goes to the make-up room and picks up his cheque, and thousands of good people of all ages are out in the streets cleaning up the vomit, holding the hands of the forgotten children, and that guy gets in his Mercedes and makes the same speech tomorrow night. My respectful submission is that if he were not attempting to legitimize his own behaviour, his fundamental humanity would have stayed his hand.

**Ms Copps:** I do not know who you are talking about, so that goes over my head. I do not know of any news commentator who has made such a statement. Maybe you could clue us in.

**Mr. Panzica:** I do not know what you mean by "such a statement".

**Ms Copps:** Well, you have just said that some news commentator is going on television, encouraging—

**Mr. Panzica:** I did not say "news", I said "commentators"; personalities, if you will.

**Ms Copps:** I do not know who you are talking about. Maybe I should be a bit more knowledgeable, but I am not.

Are you just using a hypothetical commentor, or are you referring to a specific individual?

• 0945

**Mr. Panzica:** Neither. I am talking about a tendency in the media, and particularly by one of the networks, to take a sufficiently soft line on substance abuse as to condone or encourage impressionable young people.

**Ms Copps:** Okay. I do not know who that is or what network that is, but maybe I would like to just refer to some of the things you said about alcohol abuse.

Basically, what you do is counsel young people.

**Mr. Panzica:** Yes, it is mostly family counselling now, Madam. In the early days they were all isolates, but as of about 1965 we started to see younger people.

**Ms Copps:** In terms of the growth of the problem, is the growth primarily in the area of alcohol abuse or other drug abuse, and licit or illicit drugs?

**[Traduction]**

La réalité est que la plupart des jeunes ne prennent pas de drogue. L'alcool tue plus d'adolescents que toute autre drogue dont on ait entendu parler.

Finalement, pour ce qui est des 30 à 40 ans, la plupart de ces gens ne s'enivrent pas et ne prennent jamais de drogue. Ce qui me préoccupe, c'est qu'il ne peut jamais y avoir de discussion objective au sujet des drogues, que ce soit par moi ou quiconque d'autre.

Lorsqu'un commentateur respecté de la télévision approuve un comportement, il y entraîne les jeunes, mais n'est aucunement responsable des conséquences. En théorie, il peut dire à la télévision ou sur la scène que les adultes les privent de leur droit de s'amuser en leur interdisant de boire ou de fumer de la drogue. Et ce salop va ensuite se démaquiller et ramasser son chèque, et des milliers de bons Samaritains de tout âge se retrouvent dans les rues en train de nettoyer les vomissures, et de tenir la main de ces enfants oubliés. Ce type monte dans sa Mercedes et répète la même chose le lendemain soir. J'estime que s'il n'avait pas tenté par là de légitimer son propre comportement, il aurait eu plus de scrupules à le faire.

**Mme Copps:** Je ne sais pas du tout de qui vous voulez parler. Pour autant que je sache, aucun commentateur n'a jamais fait une telle déclaration. Vous pourriez peut-être nous mettre au courant.

**M. Panzica:** Je ne vois pas ce que vous voulez dire par «une telle déclaration».

**Mme Copps:** Eh bien, vous venez de dire qu'un commentateur de nouvelles encourage les jeunes à la télévision . . .

**M. Panzica:** Je n'ai pas parlé de «nouvelles», mais simplement de «commentateurs», disons, de personnalités.

**Mme Copps:** J'ignore de qui vous parlez. Je devrais peut-être être au courant, mais je ne le suis pas.

Est-ce simplement un exemple hypothétique, ou parlez-vous de quelqu'un en particulier?

**M. Panzica:** Ni l'un ni l'autre. Je parle d'une tendance des médias d'information, surtout d'un réseau, à présenter avec tellement d'indulgence le problème de la toxicomanie qu'ils encouragent les jeunes à en consommer.

**Mme Copps:** Très bien. J'ignore de qui ou de quel réseau il s'agit, mais je passerai peut-être à ce que vous avez dit au sujet de l'abus d'alcool.

Vous conseillez surtout des jeunes.

**M. Panzica:** Oui, surtout les familles, madame. Au début, c'était des adultes, mais nous avons commencé à voir de plus jeunes vers 1965.

**Mme Copps:** Est-ce que le problème s'aggrave surtout dans le domaine de l'abus de l'alcool ou de l'abus des drogues, qu'elles soient licites ou illicites?



[Text]

**Mr. Panzica:** That is probably the best question of the month. I am told there is nothing wrong with impressionistic data as long as you admit that is what you are using.

Most authorities say—and they have convinced me—that as per capita consumption of beverage alcohol goes up, the proportion of persons getting messed up on it goes up faster. The ARF study of 15 or 20 industrialized nations says that when per capita consumption triples, the proportion of the population getting messed up on it goes up 450%. I do not know why.

**Ms Copps:** Alcohol consumption.

**Mr. Panzica:** That is alcohol, right. You would think they would go up together, but they do not.

In terms of illicit drugs, it is almost cyclical. We went five or six years with virtually no LSD around and then about April 1980, it came back. Nobody knows why. Speed was gone; not the amphetamine.

I was in Brandon, Manitoba, a year and a half ago pontificating and saying to be careful, speed is coming back. A policewoman stuck her hand up and said, you are a little late, sir, it is already here. The police can give you numbers. My recollection is that they have seized triple the speed last year than in preceding years.

Nobody knows why it comes back. I have seen two classical old speed freaks in the past year and none in the preceding eight years. It was like that. I should add, however, that there is a selective bias to my caseload. I tend not to counsel the rich or the transient—the former as a matter of preference, the second simply because of where I live.

Cannabis use is down in the young and cocaine is going up primarily because it is cheaper. The media were tremendously helpful in respect of crack because people are afraid of it and that is good. That is what you want. The only dangerous drugs are the ones that do not scare me, which may be why my drug, alcohol, is number one. It is really not that frightening.

There is PCP, which was called "angel dust". It virtually went out the window because it is so terrifying. I am now instructed that it is starting to surface again in the west.

Heroin does not seem to change a lot. It skyrocketed. My people, the Italian Catholics in Ontario and in Quebec, really did not do that until about 1969. About one-third of Ontario's non-criminal narcotics addicts in Ontario—that is to say, the drugs came before the criminality—are Italian Catholic males. Now the Portuguese are coming up fast.

**Ms Copps:** I am sorry, could you repeat that?

**Mr. Panzica:** Of the narcotics addicts who were not prior criminals, in Ontario about one-third are Italian Catholic males. But one has to be very careful. We mean those who came to this country after World War II. The Portuguese are coming up fast behind them and the majority of Italians, the

[Translation]

**M. Panzica:** Ça, c'est la question du mois. On me dit qu'il n'y a rien de mal à se servir de données impressionnistes, pourvu qu'on l'admette.

La plupart des gouvernements disent—et ils m'en ont convaincu—que quand la consommation d'alcool par habitant augmente, le pourcentage de personnes en abusant progresse encore plus rapidement. Selon une étude du ARF portant sur 15 ou 20 pays industrialisés, lorsque la consommation par habitant triple, le pourcentage d'abus augmente de 450 p. 100. Je ne sais pas pourquoi.

**Mme Copps:** Pour la consommation d'alcool.

**M. Panzica:** Pour l'alcool, oui. On pourrait penser que l'augmentation suivrait le même rythme, mais ce n'est pas le cas.

Dans le cas des drogues illicites, c'est presque cyclique. Pendant cinq ou six ans, le LSD a presque disparu, puis il est revenu tout à coup en avril 1980. Personne ne sait pourquoi. Les amphétamines avaient disparu, mais non pas la substance elle-même.

Il y a un an et demi, à Brandon, au Manitoba, je disais à un groupe de faire bien attention, que les amphétamines revenaient à la mode. Une femme policier a levé la main et m'a dit: vous retardez un peu, monsieur, ils sont déjà ici. La police peut vous donner des chiffres. Sauf erreur, ils ont saisi trois fois plus d'amphétamines l'année dernière qu'au cours des années précédentes.

Personne ne sait pourquoi cela revient. J'ai vu deux intoxicés classiques des amphétamines l'année dernière, et aucun pendant les huit années précédentes. C'est ainsi. Je dois ajouter toutefois que mes patients ne sont pas représentatifs. En général, je ne vois pas de patients riches ou itinérants—les premiers par choix, les deuxièmes à cause de l'endroit où je vis.

Les jeunes consomment moins de cannabis, et la consommation de cocaïne progresse surtout parce qu'elle coûte moins cher. Les médias ont grandement contribué à détourner les gens du crack parce qu'ils en ont peur. C'est ce que l'on veut. Les drogues les plus dangereuses sont celles dont personne n'a peur, et c'est pourquoi l'alcool est le numéro un. Ça ne fait pas peur.

Il y a aussi le PCP, qu'on appelle «la poussière d'ange». Il a presque disparu de la carte parce qu'il est terrifiant. On m'a dit récemment qu'il refaisait surface dans l'Ouest.

La consommation d'héroïne ne change pas beaucoup. Elle a atteint des sommets. Mes compatriotes, les Italiens catholiques de l'Ontario et du Québec, n'en consommaient pas du tout jusqu'à 1969 environ. Le tiers des toxicomanes de l'Ontario qui ne sont pas des criminels—c'est-à-dire qui sont devenus intoxiqués avant de s'adonner au crime—sont des Italiens catholiques. Il y a maintenant de plus en plus de Portugais.

**Mme Copps:** Excusez-moi, pourriez-vous répéter cela?

**M. Panzica:** Parmi les toxicomanes de l'Ontario qui n'étaient pas des criminels auparavant, un tiers sont des Italiens catholiques. Mais il faut faire très attention. Nous voulons dire ceux qui sont venus ici après la Deuxième Guerre mondiale. Les Portugais sont au deuxième rang, et la majorité



## [Texte]

majority of Portuguese do not abuse drugs; I do not mean that. I am saying we have gone from none of us to some of us.

• 0950

If you look at the Italians of Sault Ste. Marie, Hamilton or my town, Welland, they tend to be somewhat better behaved, simply because they have been there so long, and it is a pretty sad thing.

**The Chairman:** Thank you, Miss Copps. Mr. Mantha.

**Mr. Panzica:** I am sorry, but I have been an admirer of Miss Copps for a very long time, so I could not resist looking at her.

**Mr. Mantha:** Oh, do not worry about it, you should be looking that way.

I want to thank you for coming. We seem to be spending a lot of time on people and different things going on, such as alcoholism. I think you used the term "15 and over". I want to know what role a schoolboard or teacher should play as far as informing. In my time you never smoked, but in the last 20 years, you have had smoking areas for students. Now they are totally banning smoking again. In other words, they are working with the younger group. What role would a schoolboard or teacher have in relation to the very young? I know the police are doing a pretty good job.

**Mr. Panzica:** They are doing a great job in the schools. The Ontario Association of Chiefs of Police and other police forces go into the schools—

**Mr. Mantha:** I am talking about the teachers now.

**Mr. Panzica:** But these are not detectives; they go down to the grade 4 students, as I do. What schools can and should do is make the simple-minded declaration that if it is illegal in the plaza, it is illegal in the school, and the results will be the same. If you catch a kid committing rape or dealing dope on school premises, it does not matter. Schools need to have a clear policy of suspension.

We were thrilled by the Thunder Bay case in which a school principal searched a student, found some marijuana and called the police. The conviction was set aside because the principal did not read him his rights, or whatever the appropriate term is. But this was overturned by a higher court which said the conviction will stand and the principal was entitled to do the search. That makes me feel good.

School District 33, Chilliwack, B.C., the Scarborough Board in Ontario, the Hamilton—Wentworth Separate School Board, the schoolboard in Kings County, Nova Scotia and a number of other boards have excellent tripartite policies which deal with what to do in terms of enforcement, education and teachers, and external resources. It is not a subject that can be compartmentalized; it has to be everywhere.

## [Traduction]

des Italiens et des Portugais ne consomment pas de drogue; ce n'est pas ce que je veux dire. Je dis simplement qu'auparavant, il n'y en avait pas du tout, et que maintenant, il y en a quelques-uns.

Prenez les Italiens de Sault-Sainte-Marie, d'Hamilton ou de ma ville, Welland, ils ont tendance à mieux se comporter simplement parce qu'ils sont là depuis si longtemps, et c'est assez triste.

**Le président:** Merci, mademoiselle Copps. Monsieur Mantha.

**M. Panzica:** Je m'excuse, mais j'admire M<sup>lle</sup> Copps depuis très longtemps, et c'est pour ça que je n'ai pu résister au plaisir de la regarder.

**M. Mantha:** Ne vous excusez pas, c'est tout naturel.

Je tiens à vous remercier d'être venu. Nous semblons consacrer beaucoup de temps aux vices de certaines personnes, comme l'alcoolisme. Je crois que vous avez parlé de «15 ans et plus». Quel devrait être le rôle des conseils scolaires ou des enseignants sur le plan de l'information? De mon temps, on ne fumait jamais, mais depuis 20 ans, on autorise les étudiants à fumer dans certains endroits réservés. Aujourd'hui, fumer redevient complètement interdit. En d'autres termes, une campagne est menée auprès des jeunes. Quel devrait être le rôle des conseils scolaires ou des enseignants auprès des très jeunes? Je sais que la police fait du très bon travail.

**M. Panzica:** Elle fait du très bon travail dans les écoles. L'Association des chefs de police de l'Ontario et les autres associations de corps policiers font la tournée des écoles...

**M. Mantha:** Ce qui m'intéresse, ce sont les enseignants.

**M. Panzica:** Mais ce ne sont pas des détectives; ils s'adressent aux élèves de 4<sup>e</sup> année, tout comme moi. Les écoles devraient tout simplement dire que si c'est illégal dans les endroits publics, c'est également illégal dans les écoles, et les résultats seront les mêmes. Si vous attrapez un gamin coupable de viol ou vendant de la drogue dans l'enceinte d'une école, il ne lui arrive rien. Les critères de suspension dans les écoles devraient être plus clairs.

L'affaire de Thunder Bay nous a mis du baume au coeur. Un principal a fouillé un élève, a trouvé sur lui de la marijuana et a appelé la police. Il n'y a pas eu inculpation parce que le principal n'avait pas lu, je crois, ses droits à l'élève. Après appel, une cour supérieure a jugé qu'il devait y avoir inculpation et que le principal avait le droit de procéder à cette fouille. Je trouve cela merveilleux.

Le district scolaire 33, de Chilliwack, en Colombie-Britannique, le Conseil de Scarborough, en Ontario, le Conseil des écoles séparées d'Hamilton—Wentworth, le Conseil scolaire de Kings County, en Nouvelle-Écosse, et un certain nombre d'autres conseils ont d'excellentes politiques tripartites énonçant les règles en matière de répression, d'éducation, d'enseignement et d'appel à des ressources extérieures. C'est

[Text]

Teachers can do very useful, therapeutic things without getting themselves suckered into therapeutic roles they are not equipped to handle. The teacher in the school, in dealing with the user, is very much like a supervisor in industry.

**Mr. Mantha:** I guess I am just as bad as the parent, but I watch my kids, at least I hope I do, and we have done a pretty good job of it so far.

**Mr. Panzica:** If you watch your kids, you are a good parent, sir.

**Mr. Mantha:** We normally take the four of them to the dances and we pick them up at 12 a.m.. My daughters will tell me that someone is a pusher and exactly what he has, but there is a loyalty amongst young kids and they do not like to be stool pigeons or to turn other people in. I mean, the whole system protects itself somehow. I am just as bad because they tell me who it is.

They will tell me that he drives a \$24,000 car and my kids see that, but I turn a blind eye and look the other way because I do not want to get involved either, and a lot of people are like me. But somebody must know this young lad. I think we have to dig into it a little more, like we did with smoking, take the bull by the horns and be more forceful.

• 0955

**Mr. Panzica:** That is one of the things I meant by declaration. If I could pick up on just one thing you said, sir. Sure, kids are reluctant to fink out on each other. One of the reasons I hear so much on lunch-hour private sessions at schools is I do not know the kid's name, and he knows I do not know his name. I wonder if we do not contribute to that when we teach kids not to... If you think of all the words meaning informant, none of them are very pleasant. We have rat, fink, squealer, or stoolie. Maybe I did not do so well at teaching my four kids that there are exceptions to the anti-squealing rule or when there ought to be. I do not know what decision that is, sir.

Above anything else, the people who need to be told that most kids do not do dope are the kids. They need to hear that, and they need to know we know it.

The schools in general are doing a good job, but with certain changes in both federal and provincial legislation in the last eight or nine years, many very good teachers are intimidated and inhibited about taking action they might have taken 20 years ago.

**Mr. Mantha:** I think that is all. Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Ms Copps.

[Translation]

une question qui ne se prête pas à la compartimentation, il faut agir partout.

Les enseignants peuvent prendre des mesures thérapeutiques très utiles sans pour autant se transformer en thérapeutes, puisqu'ils n'en ont pas les compétences. À l'école, l'enseignant joue un rôle très analogue à celui du contremaître dans l'industrie.

**M. Mantha:** Je suppose que je suis un aussi mauvais parent que les autres, mais je surveille mes enfants, tout du moins, c'est ce que j'espère, et jusqu'à présent, les résultats sont assez bons.

**M. Panzica:** Si vous surveillez vos enfants, vous êtes un bon parent, monsieur.

**M. Mantha:** Généralement, quand ils vont danser, nous amenons nos quatre enfants et nous venons les rechercher à minuit. Il arrive que mes filles me disent qu'un tel vend de la drogue, et elles savent exactement ce qu'il vend, mais il y a une sorte de solidarité entre les jeunes, et ils n'aiment pas jouer les informateurs. Il y a une sorte d'autoprotection du système. Je n'agis pas mieux que les autres parents, puisqu'elles m'informent.

Elles me disent qu'il conduit une voiture de 24,000\$, mais je fais comme si de rien n'était, parce que je ne veux pas m'en mêler non plus, et beaucoup réagissent comme moi. Quelqu'un doit pourtant connaître ce jeune. Il faut que nous allions plus loin, comme nous l'avons fait pour le tabac, il faut que nous prenions le taureau par les cornes et que nous soyons un peu plus durs.

**M. Panzica:** C'est exactement ce que je voulais dire. J'aimerais revenir sur une de vos remarques, monsieur. C'est vrai, les enfants n'aiment pas cafarder. Ce qui arrive souvent pendant ces séances privées de leur déjeûner dans les écoles, c'est que je ne connais pas le nom de l'enfant, et il sait que je ne connais pas son nom. Je ne sais si nous ne contribuons pas à cet état de fait en enseignant à nos enfants à ne pas... Pensez à tous les termes signifiant informateur; aucun d'entre eux n'est très plaisant: mouchard, indic, cafard ou mouton. Je n'ai peut-être pas assez bien expliqué à mes quatre enfants qu'il y avait des exceptions à la règle contre le cafardage ou qu'il devrait y en avoir. Je ne sais qui devrait le faire, monsieur.

Par-dessus tout, ceux à qui il faut dire que la majorité des jeunes ne se droguent pas, ce sont les jeunes. Ils ont besoin de se l'entendre dire, et ils ont besoin de savoir que nous le savons.

Les écoles, d'une manière générale, font du bon travail, mais à cause de certaines modifications apportées aux lois et fédérales et provinciales au cours des huit ou neuf dernières années, nombre d'excellents enseignants sont intimidés et inhibés, et n'osent pas prendre les mesures qu'ils auraient peut-être prises il y a 20 ans.

**M. Mantha:** Je crois que c'est tout. Merci, monsieur le président.

**Le président:** Madame Copps.



## [Texte]

**Ms Copps:** Vis-à-vis the other licit drugs, i.e., drugs you might get from your doctor—

**Mr. Panzica:** Like Percodan and Valium?

**Ms Copps:** Yes. Is that a problem among young people? You are primarily dealing with young people, are you not?

**Mr. Panzica:** Yes. Older young people, more like 18 than 14. If I may, I would like to correct another impression. I do not mean the use of one drug leads to use of another. It is not really like that. It is more that once you accept the notion that getting stoned is okay, we tend to modify our pleasures. The second thing is that you get less realistic. The third is you are just not as afraid of drugs as you used to be.

Not to put words in your mouth, but if I can pick a 14-year-old, it is more likely to be a female, and her drug is very likely to be a stimulant pill, called "beans" in most places, or mother's tranquilizers or father's pain-killer.

**Ms Copps:** Are they prescribed?

**Mr. Panzica:** Typically prescribed for somebody else—for the student's mother, the student's aunt—

**Ms Copps:** Would they include things like diet pills?

**Mr. Panzica:** Yes. Unfortunately, we live close to the border—oh, so do you—and American television is showing all these non-prescription diet pills. These are in fact stimulants. There is something dreadfully wrong when we impose this much pressure on kids to be slim, particularly female kids. This stuff comes across the border, and it is legal to have it. You do not even need a prescription in the U.S. Some of them are glorified caffeine pills. In Durham region for example, there are a lot of look-alikes, diet pills that are sold as if they were real speed. That is the legal stuff the kid would use. The male is more likely to be into pain-killers.

We forget for example that codeine is a real honest-to-God narcotic . . . Veginin tablets and 222s and all that stuff. The legal stuff is doing it . . . more in the older half, 18 years—

**Ms Copps:** What about glue?

**Mr. Panzica:** I am afraid glue is cyclical. The less mature the individual, the more you have to emphasize the physical. We know stuff you sniff damages the brain. A grade 6 kid understands what the brain is. It is a thing, it is a place. He has to be a little older before you can talk about mind damage. So glue is gone, but that is what I said about speed two years ago, and it came back. By the way, glue depends on where you live. In Red Rock, Red Lake, Nipigon, New Brunswick certainly, Yellowknife, glue-sniffing can be taking gasoline out of snowmobiles. In the major centres, it is much more likely to be nail-polish remover, carbon tetrachloride, anything that is volatile.

## [Traduction]

**Mme Copps:** Et les autres drogues licites, par exemple, les médicaments prescrits par votre médecin . . .

**M. Panzica:** Comme le percodan ou le valium?

**Mme Copps:** Oui. Est-ce que c'est un problème chez les jeunes? Vous vous occupez avant tout de jeunes, n'est-ce pas?

**M. Panzica:** Oui. De jeunes un peu plus âgés, plutôt ceux de 18 ans que de ceux de 14 ans. Permettez-moi de rectifier une autre impression erronée. Je n'ai pas voulu dire que l'usage d'une drogue menait à l'usage d'une autre. Ce n'est pas exactement comme cela. Plutôt, une fois que vous avez accepté la notion que se droguer est normal, vous avez tendance à modifier vos plaisirs. Deuxièmement, votre perception de la réalité diminue et, troisièmement, vous n'avez plus aussi peur des drogues que vous en aviez peur auparavant.

Je ne veux pas vous faire dire ce que vous n'avez pas dit, mais prenons un jeune de 14 ans, il est plus que vraisemblable qu'il s'agira d'une fille, et son médicament sera très certainement un excitant, appelé «beans» dans certains cercles, ou des tranquillisants ou des calmants.

**Mme Copps:** Ces médicaments sont vendus sur ordonnance?

**M. Panzica:** Généralement prescrits à quelqu'un d'autre—à la mère de l'élève, à la tante de l'élève . . .

**Mme Copps:** Est-ce que cela inclurait les médicaments pour maigrir, par exemple?

**M. Panzica:** Oui. Malheureusement, nous vivons près de la frontière—vous aussi d'ailleurs—et la télévision américaine fait de la publicité pour ces médicaments de régime en vente libre. En fait, ce sont des excitants. Il est dramatique de constater combien nous valorisons la minceur chez les jeunes, surtout chez les jeunes filles. Ces médicaments franchissent la frontière, et leur vente est légale. Il n'y a même pas besoin d'avoir d'ordonnance pour les acheter aux États-Unis. Certains ne sont que des cachets de caféine. Dans la région de Durham, par exemple, il y a beaucoup d'imitations, de cachets de régime qui sont vendus pour des amphétamines. Ce sont ces médicaments en vente libre que les jeunes consomment. Les garçons s'intéressent plus aux calmants.

Nous oublions par exemple que la codéine est un véritable stupéfiant . . . Les cachets de veginin, les 222, et tous ces autres médicaments. Ce sont des médicaments en vente libre . . . Plutôt pour les plus âgés, les plus de 18 ans . . .

**Mme Copps:** Et la colle?

**M. Panzica:** Son utilisation est cyclique. Moins l'individu est mûr, plus il faut insister sur le côté physique. Nous savons que ce que nous reniflons endommage le cerveau. Un enfant de 6<sup>e</sup> année sait ce qu'est le cerveau. C'est une chose, c'est un endroit. Il faut attendre qu'il soit un peu plus âgé avant de lui parler de dégâts psychiques. La colle n'est plus à la mode, mais c'est ce que j'avais dit au sujet des amphétamines il y a deux ans, et elles sont revenues. En passant, la colle dépend du milieu. À Red Rock, Red Lake, Nipigon, au Nouveau-Brunswick, certainement, à Yellowknife, ce sont les vapeurs d'essence de motoneiges qu'ils respirent. Dans les grands centres, c'est plutôt du dissolvant pour vernis à ongles, du tétrachlorure de carbone, tous les produits volatils.



[Text]

[Translation]

• 1000

There is one school that in monumental stupidity issued a notice to all parents saying that they were going to stop issuing "white out", liquid paper, because they found out kids were getting high by sniffing it. They put these notices in the hands of every kid in the school. One wonders, you know. But we have some neat things going on. It is helping.

**The Chairman:** In what areas do you see that we as parliamentarians could get involved in terms of recommendations to governments that would be of help with the problems you are trying to address?

**Mr. Panzica:** I am hesitating, Dr. Halliday, because I cannot afford a charge of self-promotion. But the biggest impediment to my work is geography. For me to go to Yellowknife, four or five different agencies have to get together and sort of run around town with their caps in their hands. I am concerned that training and professional development in the Correctional Service of Canada has been significantly cut. I do not think the cops are getting the support from the courts that they need. I am distressed by a tendency in our law to wipe out natural consequence, to promote and legitimize egocentrism in all its forms.

In terms of specific recommendations, I do not feel competent.

**The Chairman:** Could you elaborate on that egocentrism that you referred to?

**Mr. Panzica:** Selfishness, as you will recall, sir, is "me first". Egocentrism is "you ain't even there." For example, if one wanted a limited access road to a hospital to save lives, then the fellow who wants a convenience road from his lot to the golf course will oppose the road because of his individual interests. There is very substantial data, and this is not philosophizing now, that it is not so much, as we first thought, that drug abuse causes egocentrism; it worsens the egocentrism that was already there. So when we say, of course he did so, his money was involved; when we let people use frustration as an excuse for violence; when we allow as a defence to violence the fact that I was angry, I was drunk, that sort of thing, we take away what is supposed to be the essence of humanity, which is reason, which is concern for somebody else.

It is antithetical to my interests as a counsellor and as a parent when some government or other—and I am not in any political party, until my son runs for office; then I will join . . . But here is a classic example. There was a fellow who wanted to wear a turban in a railway yard and the law made the company let him do that, and that is all right. But if that individual suffers a head injury, we are going to pay for it. We are allowing people to sue the bartender for a motor vehicle accident occasioned by the use of alcohol.

**The Chairman:** You are saying we are taking our responsibility from our young people and putting it onto somebody else, like the bartender.

Il y a une école qui, faisant preuve d'une stupidité effarante, a fait transmettre une circulaire à tous les parents disant qu'elle ne distribuerait plus de liquide pour corriger les fautes de frappe parce qu'elle avait constaté que les jeunes le reniflaient. Ils ont donné cette circulaire à tous les enfants de l'école. Parfois, on se pose des questions. Parfois, de très bonnes choses sont faites, cela nous aide.

**Le président:** Quel genre de recommandations, en notre qualité de parlementaires, devrions-nous faire au gouvernement pour vous aider à régler ces problèmes?

**M. Panzica:** J'hésite, monsieur Halliday, car je ne voudrais pas qu'on m'accuse de publicité gratuite. Le principal obstacle à mon travail est la géographie. Pour que je puisse me rendre à Yellowknife, il faut que quatre ou cinq agences différentes unissent leurs efforts et fassent la quête. Je m'inquiète de la réduction dramatique des programmes de formation et de développement professionnel dans les Services correctionnels du Canada. Les policiers ne sont pas aidés par les tribunaux comme ils le devraient. La propension de nos lois à faire disparaître les conséquences naturelles, à promouvoir et à légitimer l'égoïsme sous toutes ses formes me désespère.

Pour ce qui est de recommandations spécifiques, je ne me sens pas compétent.

**Le président:** Pourriez-vous être un petit peu plus précis au sujet de cette notion d'égoïsme?

**M. Panzica:** L'égoïsme, comme vous le savez, monsieur, c'est «moi d'abord». L'égoïsme, c'est «ce n'est pas pour vous». Par exemple, si on propose de construire une route d'accès limité pour l'hôpital afin de sauver des vies, celui qui veut une route allant de chez lui au terrain de golf s'opposera à cette proposition pour des raisons d'intérêt personnel. Les données ne manquent pas, et je ne veux pas faire de la philosophie, démontrant, comme nous le pensions au début, que ce n'est pas tant la toxicomanie qui cause l'égoïsme; elle aggrave un égoïsme qui était déjà latent. Donc, quand nous disons: bien sûr, il l'a fait, c'était son argent; lorsque nous permettons aux gens d'excuser la violence par la frustration; lorsque nous autorisons, comme argument de défense, la colère, l'ivresse, ce genre de choses, nous nions ce qui est censé être l'essence de l'humanité, c'est-à-dire la raison, l'altruisme.

Il est contraire à mes intérêts de conseiller et de parent qu'un gouvernement ou un autre—je n'appartiens à aucun parti politique, jusqu'à ce que mon fils se présente à une élection; à ce moment-là, je prendrai ma carte . . . Prenez l'exemple classique suivant. Un type veut porter son turban dans une gare de triage. La loi oblige la compagnie à l'y autoriser. C'est très bien. Mais il se fait blesser à la tête, et c'est nous qui paierons. Nous permettons qu'un serveur soit poursuivi en justice quand un accident a été provoqué par l'abus d'alcool.

**Le président:** Vous dites que nous abdiquons notre responsabilité envers les jeunes en la faisant assumer par d'autres, comme par exemple les serveurs.

## [Texte]

**Mr. Panzica:** The ultimate cause of these kinds of behaviour, promiscuity, chronic theft, substance abuse, is inadequate self-esteem. The more I am convinced that my efforts mean something, the more likely I am to like myself. The better I like myself the less likely I am to poison myself. This is what killed Marilyn Monroe. We told her: You do not have to do anything, you do not have to be anything. Do you know how many of my clients, sir, when you ask them what are their chores, reply, well, I have to close my own bedroom door. Against the overwhelming reality of my never having done anything worthwhile, why should I like me? My parents ignore me.

• 1005

They talk on television about the forgotten children of Africa; in my business when we say "forgotten children", we mean the children of alcoholics. What everybody has forgotten is that the real forgotten children are the siblings of the dopers—the boys, the sisters and the brothers of these people who come to my office in tears. Their brothers or sisters are getting everything from their parents, and their parents have no time for them. The brother or sister is stealing from them, is stealing from their parents and nobody notices them. They are the forgotten children, sir. None of this answers your question, and I apologize for that.

I would like education to be for all of us. I have been a counsellor 26 years and I have been making speeches 18 and a half years. I have addressed villages I never heard of in eight provinces, veterinarians, secretaries, nurses, cops, and grade three kids—every profession known to man—but never once an assemblage of lawyers or judges, not once, no time, no place.

**The Chairman:** No invitations from them.

**Ms Copps:** Why is that?

**Mr. Panzica:** I hope because they have never heard of me, but I do not think so.

**The Chairman:** Any further questions for Mr. Panzica? We do have another set of witnesses.

**Mr. Panzica:** I surely admire the concern in this committee. You make me feel better.

**The Chairman:** Any information you want to send to us in writing, sir, would be very much appreciated. One last question, Ms Copps.

**Ms Copps:** I have one last question relating to the correctional services. You made some interesting statements at the beginning regarding the correlation between being in prison and addiction. You mentioned that there have been cutbacks in the professional development of correction officers.

**Mr. Panzica:** That is my understanding, ma'am.

**Ms Copps:** You do not know anything more about it other than...

## [Traduction]

**M. Panzica:** La cause ultime de ces genres de comportement, de la promiscuité, de la cleptomanie, des abus de toutes sortes, est le manque d'estime pour soi-même. Plus je suis convaincu que mes efforts signifient quelque chose, plus je suis susceptible de m'aimer moi-même. Plus je m'aime, moindres sont les chances que je m'empoisonne. C'est ce qui a tué Marilyn Monroe. Nous lui avons dit: vous ne devez rien faire, vous ne devez rien être. Savez-vous combien de mes clients, monsieur, lorsque je leur demande ce qu'ils doivent faire à la maison, me répondent: il faut que je ferme moi-même la porte de ma chambre. Devant l'évidence aveuglante que je n'ai jamais rien fait de valable, pourquoi devrais-je m'aimer? Mes parents font comme si je n'existais pas.

On parle à la télévision des enfants oubliés de l'Afrique; dans mon milieu, lorsque nous parlons «d'enfants oubliés», nous voulons dire les enfants de parents alcooliques. Ce que tout le monde a oublié, c'est que les véritables enfants oubliés sont les frères et soeurs des drogués, ces frères et soeurs qui viennent me voir en pleurant. Leur frère ou leur soeur obtient tout de leurs parents, et les parents n'ont pas le temps de s'occuper d'eux. Le frère ou la soeur leur vole ce qu'ils ont, vole de l'argent à leurs parents, et personne ne leur accorde aucune attention. Ce sont eux, les enfants oubliés, monsieur. Cela ne répond pas à votre question, et je vous prie de m'en excuser.

Je voudrais que l'éducation s'adresse à tous. Cela fait 26 ans que je suis conseiller et 18 ans et demi que je donne des conférences. J'ai pris la parole dans des villages dont je n'avais jamais entendu parler, dans huit provinces, devant des vétérinaires, des secrétaires, des infirmières, des policiers, et des enfants de troisième année—tous les corps de métiers connus—mais jamais devant une assemblée d'avocats ou de juges, pas une seule fois, nulle part.

**Le président:** Ils ne vous ont jamais invité.

**Mme Copps:** Pourquoi?

**M. Panzica:** J'espère que c'est parce qu'ils n'ont jamais entendu parler de moi, mais je ne le crois pas.

**Le président:** Y a-t-il d'autres questions pour M. Panzica? Nous avons d'autres témoins à entendre.

**M. Panzica:** J'admire vraiment le Comité pour l'intérêt qu'il porte à la question. Vous me rassurez.

**Le président:** Nous recevrons avec plaisir tout renseignement supplémentaire que vous pourriez nous envoyer par écrit, monsieur. Une dernière question, madame Copps.

**Mme Copps:** J'ai une dernière question concernant les services correctionnels. Vous avez dit des choses intéressantes au début de la séance à propos de la corrélation qui existe entre la prison et la toxicomanie. Vous avez dit que l'on avait réduit les possibilités de perfectionnement professionnel pour les agents des services correctionnels.

**M. Panzica:** C'est ce que je crois savoir, madame.

**Mme Copps:** Vous ne savez rien de plus à ce sujet que...



[Text]

**Mr. Panzica:** No, I am afraid I found out in a rather nasty way. A gentleman who endorsed my book, and thought the Correctional Service should have it, was suddenly employed somewhere else as a result of a reduction in that branch. I know the courses I teach for two other agencies have been reduced.

**Ms Copps:** Have been reduced?

**Mr. Panzica:** Yes, ma'am.

**The Chairman:** Mr. Panzica, I want to thank you on behalf of the committee for being with us today. We appreciate your testimony and the deep interest you have in the problems leading to the abuse of illicit drugs. We would welcome any further testimony you might want to give us by letter at any time.

**Mr. Panzica:** Thank you, sir. Perhaps I will consult with Miss Russell and send some stuff up which might be of interest to you.

**The Chairman:** Thank you very kindly. The Chair would now like to recognize our second witness today, Mr. W.C. McKissock. Mr. McKissock is from Revenue Canada, Customs and Excise Branch, and is the Chief of the Narcotics Interdiction and Intelligence Division.

Welcome to our committee. We are sorry we do not have a greater number here. This is the problem we have on the Hill with committees at the present time. Do you have a presentation you wanted to make to us at this time, Mr. McKissock?

**Mr. W.C. McKissock (Chief, Narcotics Interdiction and Intelligence Division, Revenue Canada, Customs and Excise):** Yes, sir, I do. On behalf of Canada Customs I would like to thank this committee for inviting our testimony. On behalf of Canada's oldest law enforcement agency, I would like to address the drug supply issue as we see it.

Before I get into my main remarks, I think there are perhaps some interesting statistics the committee may be interested in. One of them is that among the law enforcement community Canada Customs has a primary role in narcotic enforcement because we are one of the few countries in the world where 95% of all the drugs and narcotics used in the streets in Canada are smuggled. I am proud to advise this committee that over 65% of all the drugs and narcotics seized by any agency in Canada are seized by Canada Customs.

Drug enforcement has always been a responsibility of Canada Customs. As federal peace officers we average about 3,800 drug cases every year. As the drug threat is increased—bearing in mind, as I said, that the majority of illicit drugs used on the streets of Canada are smuggled across our borders—the diligence of our uniformed cadre has resulted in a dramatic rise in the value and the amount of drugs apprehended by Canada Customs.

[Translation]

**M. Panzica:** Non, je crains d'avoir appris la chose à la suite d'événements désagréables. Un monsieur qui avait appuyé mon livre et pensait que les services correctionnels devraient en avoir un exemplaire s'est tout à coup retrouvé employé ailleurs en raison des réductions effectuées dans cette direction générale. Les cours que je donne pour le compte de deux autres organismes ont également été réduits.

**Mme Copps:** Ils ont été réduits?

**M. Panzica:** Oui, madame.

**Le président:** Monsieur Panzica, je vous remercie au nom des membres du Comité d'être venu aujourd'hui. Nous apprécions votre témoignage et l'intérêt profond que vous portez aux raisons qui mènent à l'abus de substances illicites. Si vous avez d'autre chose à nous dire, n'hésitez pas à nous écrire quand vous le voudrez.

**M. Panzica:** Merci, monsieur. Je vais peut-être consulter M<sup>me</sup> Russell et vous envoyer des documents qui pourraient vous intéresser.

**Le président:** Merci, c'est très gentil. Le président appelle maintenant notre deuxième témoin, M. W.C. McKissock. M. McKissock est chef de la Section des stupéfiants de la Division des renseignements et de la répression de la contrebande, Douanes et Accise, à Revenu Canada.

Nous vous souhaitons la bienvenue. Nous sommes désolés de n'être pas plus nombreux. C'est un problème qui se pose aux comités parlementaires ces temps-ci. Avez-vous un exposé à nous faire, monsieur McKissock?

**M. W.C. McKissock (chef, Section des stupéfiants, Division des renseignements et de la répression de la contrebande, Revenu Canada, Douanes et Accise):** Oui, monsieur. Au nom des douanes canadiennes, je remercie le Comité de nous avoir invités à comparaître. Je voudrais vous donner, sur la question de l'approvisionnement en stupéfiants, le point de vue du plus ancien organisme chargé de l'application des lois canadiennes.

Avant d'entrer dans le corps de mon exposé, je voudrais vous donner quelques statistiques qui pourraient vous intéresser. Par exemple, parmi les organismes chargés de l'application des lois canadiennes, Douanes Canada joue un rôle prépondérant dans l'application des lois sur les stupéfiants, puisque le Canada est un des rares pays au monde où 95 p. 100 de toutes les drogues et de tous les stupéfiants vendus dans les rues sont entrés en contrebande. Je suis fier de vous informer que plus de 65 p. 100 des saisies de drogues et de stupéfiants effectuées au Canada sont le fait de Douanes Canada.

La lutte antidrogue a toujours été la responsabilité de Douanes Canada. En tant que policiers canadiens, nous traitons environ 3,800 affaires de drogue par an. À mesure que croît la menace de la drogue—il ne faut pas oublier que, comme je l'ai dit, la majorité des substances illicites vendues dans les rues canadiennes sont des produits de contrebande—grâce à la diligence de nos policiers en uniforme, nous avons enregistré une très forte augmentation autant de la valeur que de la quantité des drogues saisies par les douanes canadiennes.



[Texte]

• 1010

To give you an example, in 1981 Canada Customs apprehended \$45 million in drugs; 1982 saw this increased to \$78 million, with a further dramatic increase to \$168 million in 1983, which was an increase of 121%. In 1984 there was a slight decrease to \$100 million in seizures. But until that year our response to the drug challenge was accomplished by regular customs officers responsible for a multitude of federal legislation, both in the enforcement of federal legislation and in the administration thereof. This prevented our members from full-time concentration on smuggled drugs.

Although our past performance in drug interdiction was reasonable, in February 1984 it was decided to strengthen our capability in this respect and firmly establish drug interdiction as a major priority of this department. Accordingly, measures designed to better equip the organization to perform its task were introduced in the form of specialized training and operational enhancement in the drug enforcement area. This training was and still is being conducted across Canada. In addition, our Customs and Excise college training course includes specialized instruction in drug identification and *modus operandi*, as well as a host of other relevant law enforcement topics. We have been particularly concentrating in the areas of behavioural analysis and observational techniques, which are also included in the training programs to try to increase the customs apprehension ratio.

Although this training provides all our members with needed skills, our generalist approach does not allow the flexibility to devote full-time concentration on illicit narcotics during busy, high-risk periods at ports of entry. To offset this limitation, as well as providing nation-wide interdiction capability, 21 specialized customs drug teams, or squads if you will, comprising approximately 115 members, were created in April 1984 in all regions of the country, and located in specific high-risk areas. In performing their duties the customs drug teams are augmenting the efforts of all customs inspectors by concentrating their attention on illicit drugs, a luxury previously unavailable at peak periods to good enforcement officers. Added to these extra eyes and ears are the equipment, the communication, and the vehicles necessary to do the job. Arrangements have also been made to review and expand the number and location of our detector dog service teams. For organizational reasons, and to speed up search procedures, the dog teams are assigned to the customs drug squads.

I think the following statistics will speak for themselves, and I do not mean to bore the committee, but there are just two major ones. In 1985 Canada Customs seized \$248 million in drugs. In 1986, the calendar year, just last month, we seized approximately \$380 million in drugs and narcotics. What I am particularly pleased about is the fact that of that \$380 million, \$302 million represented heroin seizures.

[Traduction]

Pour vous donner une idée, en 1981, les douanes canadiennes ont saisi pour 45 millions de dollars de drogues; en 1982, ce chiffre est passé à 78 millions de dollars, suivi d'une très forte augmentation en 1983, avec 168 millions de dollars, soit une augmentation de 121 p. 100. En 1984, il y a eu une légère baisse à 100 millions de dollars. Mais jusqu'à cette année-là, la lutte contre la drogue était menée par des douaniers ordinaires, chargés de l'application d'une multitude de lois fédérales. Ce cumul a interdit à nos employés de se concentrer exclusivement sur la contrebande de la drogue.

Bien que nous ayons fait un travail raisonnable contre la drogue, on a décidé en février 1984 d'accroître notre capacité de lutte contre la drogue et d'en faire une des grandes priorités du ministère. En conséquence, des mesures ont été prises pour accroître notre efficacité par une formation spécialisée et un accroissement des capacités opérationnelles dans le secteur des drogues. Ces cours de formation continuent d'être offerts à travers le Canada. En outre, le Collège de Douanes et Accise donne des cours spécialisés sur l'identification et les modes d'utilisation des drogues, ainsi que sur toute une série d'autres sujets pertinents. Nous nous arrêtons particulièrement à l'analyse du comportement et aux techniques d'observation, qui sont également enseignées dans le cadre des programmes de formation en vue d'accroître le nombre de saisies douanières.

Même si on permet aux employés d'acquérir les compétences nécessaires, ils ont trop à faire pour s'occuper exclusivement des stupéfiants illégaux pendant les périodes d'affluence aux postes frontières, lorsque les risques sont les plus élevés. Pour remédier à cette situation et assurer un service de répression du trafic des stupéfiants partout au pays, 21 escouades antidroque spéciales comptant environ 115 membres ont été mises sur pied dans toutes les régions du Canada et affectées dans des secteurs précis où les risques sont élevés. Ces escouades antidroque des Douanes complètent les efforts des douaniers en concentrant leur attention exclusivement sur les drogues illégales, luxe que ne pouvaient se permettre jusque-là les douaniers pendant les périodes de pointe. À ce personnel supplémentaire, on a également donné l'équipement, les moyens de communication et les véhicules dont ils ont besoin pour faire leur travail. Des dispositions ont également été prises pour augmenter, lorsque cela s'avère nécessaire, le nombre des équipes du Service des chiens renifleurs, et pour réexaminer les endroits où elles sont affectées. Pour des raisons d'organisation, ainsi que pour accélérer les fouilles, les chiens renifleurs ont été rattachés aux escouades antidroque des Douanes.

Les statistiques suivantes sont éloquentes, et bien que je ne veuille pas ennuyer le Comité, je voudrais vous citer au moins les deux plus importantes. Les Douanes canadiennes ont saisi en 1985 pour 248 millions de dollars de drogues. En 1986, pendant l'année civile, jusqu'au mois dernier, nous avons saisi pour environ 380 millions de dollars de drogues et de stupéfiants. Ce qui m'a fait plaisir surtout, c'est que sur ces 380 millions de dollars, il y avait 302 millions de dollars d'héroïne.

## [Text]

In 1986 our reorganizational efforts consolidated all the department's specialized enforcement resources under the auspices of an organization known as Interdiction and Intelligence. This brought the customs drug teams; our export control groups, which are concerned with the apprehension of high-tech exports, predominately to the Soviet Bloc countries; our Criminal Intelligence Branch; and other specialized groups under a single command in each of the regions, with functional guidance and advice provided by the Interdiction and Intelligence Division in Ottawa, of which I am a part.

From April 1, 1984, to December 31, 1986, I am very pleased to tell you that this combination of resources, targeted specifically for drug interdiction, resulted in the customs seizure of almost \$0.75 billion in drugs and narcotics that never reached their intended destinations in Canada. All related resources for this activity were diverted from existing resources. As a result, I cannot tell you the exact cost of these initiatives, particularly since the person-years, our members, are absorbed in the normal operating budget. At the present time, the field person-year allotment totals approximately 128, which is modest indeed, including specialized customs drug teams, and detector dog teams.

• 1015

Our projected analytical trends for the next five years, unfortunately, do not indicate any abatement in the quantity of illicit drugs and narcotics entering Canada. In fact, an increase is expected in the amount of heroine, cocaine, and cannabis products, as well as synthetic drugs and chemical precursors.

Needless to say, customs and narcotics interdiction has a very high priority in our department, and this, if anything, will be heightened as the drug threat increases. Our program in this respect will continue with as many existing resources as possible dedicated to the support of increased enforcement.

We are one of the few nations in the world where we believe, as a law enforcement agency, that we can get a hold of the supply problem. As I mentioned, 95% of all the drugs and narcotics used on the streets are smuggled.

It therefore places Canada customs as the first line of defence to this nefarious activity, and to the protection of the Canadian public. It is imperative that this initiative be continued and supplemented wherever possible, but we must be honest and tell you that, with the downsizing activities, it is not expected that the department will be able to enhance drug interdiction further than present levels without additional resources.

In fact, as the drug importing organizations become more innovative to avoid customs detection at our borders, our ability to respond will be diminished, and is being diminished,

## [Translation]

En 1986, nous avons procédé à la réorganisation du ministère et au regroupement de toutes les ressources spécialisées dans l'application de la loi, sous les auspices de l'organisation appelée «Renseignements et répression de la contrebande». Cette mesure a réuni les escouades antidroque des Douanes, les groupes de contrôle des exportations chargés de saisir les exportations de produits de technologie de pointe, essentiellement vers les pays de l'Est, le service des renseignements et d'autres groupes spécialisés sous une même direction dans chaque région; la Division des renseignements et de la répression de la contrebande, à Ottawa, à laquelle j'appartiens, dirige et conseille les directions régionales dans leurs fonctions.

J'ai le plaisir de vous informer que du 1<sup>er</sup> avril 1984 au 31 décembre 1986, cette combinaison de ressources, dont l'objectif précis était la répression du trafic des stupéfiants, a permis aux Douanes d'effectuer des saisies de près de 750 millions de dollars de drogues et de stupéfiants qui n'ont jamais atteint leur destination au Canada. Toutes les ressources nécessaires à cette activité ont été tirées des ressources existantes. Je ne peux donc pas vous dire exactement combien cela a coûté, surtout que le coût des années-personnes est imputé au budget de fonctionnement général. À l'heure actuelle, il y a environ 128 années-personnes affectées aux services extérieurs, ce qui est bien modeste, y compris les escouades antidroque et les équipes du Service des chiens détecteurs.

L'analyse de la tendance générale pour les cinq prochaines années n'indique malheureusement aucune réduction de la quantité de drogues et de stupéfiants illégaux entrant au Canada. On prévoit d'ailleurs plutôt une augmentation des entrées d'héroïne, de cocaïne et de dérivés du cannabis, ainsi que des drogues synthétiques et des précurseurs chimiques.

Il va sans dire que le ministère accorde une très haute priorité à la répression du trafic des stupéfiants et que ses efforts s'accroîtront à mesure que le trafic prendra de l'ampleur. Nous continuerons de consacrer le plus grand nombre possible de ressources existantes en vue d'élargir l'exécution de la loi.

Nous sommes l'un des rares pays au monde où les autorités chargées de l'application de la loi s'estiment en mesure de maîtriser le problème de l'approvisionnement. Comme je l'ai dit tout à l'heure, 95 p. 100 des drogues et stupéfiants vendus dans les rues entrent en contrebande.

Douanes Canada est donc en première ligne pour lutter contre cette activité infâme et protéger les Canadiens. Il faut absolument que nous maintenions nos efforts et que nous les accroissions lorsque la chose est possible, mais nous devons vous dire honnêtement qu'avec les programmes de restrictions, le ministère ne pense pas pouvoir accroître la répression du trafic des stupéfiants sans ressources supplémentaires.

En fait, plus les organisations importatrices de drogues inventent des moyens pour déjouer la surveillance des douaniers à la frontière, moins nous sommes en mesure de réagir,



[Texte]

because of our limited dedicated resources to counteract drug smuggling.

I have attached to the papers that I sent to you before a very brief outline of the customs drug strategy, which is very simple, but we believe it to be effective. We have also, ladies and gentlemen, attached our 1985 drug report which I think is perhaps one of the most honest documents in that we attack our weaknesses in the customs service as well as our strengths.

That is my opening statement. If I can assist in answering any questions, I would be more than pleased to do so, sir.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. McKissock.

Ms Copps.

**Ms Copps:** You mention in chapter seven of the drug report that the increase in drugs coming through the mail was up 18% from 1984 to 1985, and yet I understand that the number of your outlets that normally examine the mail are being terminated, or downsized, or replaced.

**Mr. McKissock:** Not terminated, Ms Copps, more coordinated. What we are doing is centralizing the main postal clearance stations to, I believe, 13 major places throughout Canada. What this does is centralize the postal examination process at the major importation points of mail.

**Ms Copps:** For example, in London the customs branch is being eliminated. What happens to all of the mail that comes to London? Where is that being sent?

**Mr. McKissock:** The mail is being reviewed from an importation perspective at a very large facility known as Arsenals in Toronto.

**Ms Copps:** But it is a random check, obviously.

**Mr. McKissock:** Yes, we have no other choice, but to random check. It is the same with cars and traffic coming across the border. We just cannot search every person.

**Ms Copps:** Through this exercise 20 person-years will be saved as a result of the cutback in London. Presumably, then, you are not adding 20 person-years in Toronto to pick up the slack on customs investigation.

**Mr. McKissock:** No, it is not being added there. But with regard to the downsizing activities, I must admit I am really not quite capable of commenting in any great detail, particularly in the London area. That is not my area of expertise in terms of the downsizing activities. But with the closing of the smaller offices, we are able to concentrate our enforcement resources in the key and the high-risk areas, and that is the predominant reason why we have eliminated some of these smaller units and put them into the larger ones. There still is a mail clearance facility in Windsor as well, I believe.

[Traduction]

car nos moyens de lutte contre la contrebande de la drogue sont limités.

Aux documents que je vous avais fait parvenir plus tôt, j'ai annexé une très brève description de notre stratégie de lutte contre la drogue, laquelle est très simple, mais efficace, d'après nous. Nous avons également, mesdames et messieurs, annexé notre rapport de 1985, qui est peut-être l'un des documents les plus honnêtes sur le sujet, puisque nous y faisons la critique de nos faiblesses en même temps que l'éloge de nos points forts.

Voilà qui conclut ma déclaration. Je répondrai maintenant avec plaisir à vos questions.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur McKissock.

Madame Copps.

**Mme Copps:** Vous dites au chapitre 7 du rapport sur la drogue que les envois postaux de drogues ont augmenté de 18 p. 100 entre 1984 et 1985, et pourtant, vous avez fermé, ou diminué, ou remplacé, certains postes de surveillance du courrier.

**M. McKissock:** Pas fermé, madame Copps, plutôt coordonné. Nous avons centralisé les opérations de dédouanement postal en 13 principales stations, je crois, à travers le pays. Ceci afin de centraliser le dédouanement postal dans les principaux points d'arrivée du courrier en provenance de l'étranger.

**Mme Copps:** À London, par exemple, on a fermé le service de douanes. Qu'arrive-t-il à tout le courrier qui arrive à London? Où l'envoie-t-on?

**M. McKissock:** Le courrier en provenance de l'étranger est examiné dans un grand centre à Toronto, aux Arsenaux.

**Mme Copps:** Mais de toute évidence, il s'agit d'un examen fait au hasard.

**M. McKissock:** Oui, nous ne pouvons rien faire de plus. C'est la même chose pour les véhicules et les gens qui se présentent aux postes de douanes. Nous ne pouvons pas fouiller chaque personne.

**Mme Copps:** La fermeture du bureau de London permettra d'économiser 20 années-personnes. Je suppose que vous n'ajouterez pas 20 années-personnes à Toronto pour compenser.

**M. McKissock:** Non, elles ne seront pas ajoutées à Toronto. Mais en ce qui concerne la réduction des activités, je dois avouer que je ne peux pas vraiment vous donner beaucoup de précisions, surtout pour la région de London. Ce n'est pas mon domaine. Mais à propos de la fermeture des plus petits bureaux, nous avons pu concentrer nos ressources dans les régions où les risques sont particulièrement élevés, et c'est la raison pour laquelle nous avons fermé certains petits bureaux pour pouvoir les intégrer à des centres plus importants. Il reste encore aussi une petite installation de vérification sécuritaire du courrier à Windsor.



[Text]

[Translation]

• 1020

**Ms Copps:** That is right. However, you are not taking these positions and adding them to other areas; they are being eliminated. How can you then suggest that it streamlines your operation? The positions are being eliminated; they are not being moved.

**Mr. McKissock:** Yes, Madam, they are. However, it is due to the downsizing of the facilities. I must advise you that my expertise in that particular area is very, very limited. My job is Chief of Narcotics for Customs.

**Ms Copps:** You are the chief of the Interdiction and Intelligence Division, are you not?

**Mr. McKissock:** For the narcotics section.

**Ms Copps:** I understand also that the intelligence section has been substantially cut in terms of person-years.

**Mr. McKissock:** No, Madam, I am pleased to say that it has not.

**Ms Copps:** Have there been no persons laid off, for example, in Mississauga?

**Mr. McKissock:** Not in the Interdiction and Intelligence Division; no, Madam.

As a matter of fact, the department has made it quite clear that under no circumstances will the enforcement side of the department and the person-years assigned to it be cut. To my knowledge, they have not been. We have the same number of people working in the Interdiction and Intelligence Division as we did last year.

**The Chairman:** If I might just interrupt for one moment. I think Mr. Mantha has to go. Would you let him have one question?

**Ms Copps:** Sure.

**Mr. Mantha:** No, I do not have a question. I just want to thank you for coming, and I hope that the committee will bring you back.

I know we had talked earlier about . . . I am not interested in this job loss, and what this is for is how we can improve the system. It is hurting our people by drugs. Your job is a preventative thing; it is an educational thing and everything. I wish you would get him back. The conversation we had earlier was about the dogs, how you train them and all that, which I thought was of great interest.

I want to thank Ms Copps for her time. I had a commitment at 10 a.m., but I am glad that I have heard you. If you would like to get him back, I would be delighted to be here at that time.

**The Chairman:** Thanks very much, Mr. Mantha. Ms Copps.

**Mme Copps:** C'est exact. Toutefois, vous ne prenez pas ces postes afin de les ajouter ailleurs; on les élimine. Comment pouvez-vous alors parler de rationalisation de vos activités? On est en train d'éliminer les postes, et non de les déplacer.

**M. McKissock:** Oui, madame Copps, c'est ce qui se passe. Toutefois, cela tient à la réduction de la taille des installations. Cela dit, je dois vous préciser que mes connaissances dans ce domaine sont très limitées. Je suis en effet chef de la Section des stupéfiants aux Douanes et Accise.

**Mme Copps:** N'êtes-vous pas chef de la Division des renseignements et de la répression de la contrebande?

**M. McKissock:** Au sein de la Section des stupéfiants.

**Mme Copps:** Je crois aussi savoir qu'on a sensiblement diminué le nombre d'années-personnes de la section des renseignements.

**M. McKissock:** Non, madame Copps, je peux vous dire que ce n'est pas le cas.

**Mme Copps:** Est-ce qu'on n'a pas licencié des employés à Mississauga, par exemple?

**M. McKissock:** Pas dans la Division des renseignements et de la répression de la contrebande; non, madame Copps.

En fait, le ministère a clairement précisé que sous aucun prétexte on ne diminuera le nombre d'années-personnes affectées à la répression de la contrebande au sein du ministère. À ma connaissance, d'ailleurs, on n'a pas réduit les effectifs. Nous comptons cette année le même nombre d'employés au sein de la Division des renseignements et de la répression de la contrebande que l'année dernière.

**Le président:** Si vous le permettez, j'aimerais intervenir ici. Étant donné que M. Mantha doit partir, auriez-vous l'obligeance de lui laisser poser une question?

**Mme Copps:** Volontiers.

**M. Mantha:** Non, je n'ai pas de question à poser. Je voulais tout simplement vous remercier d'avoir bien voulu venir témoigner et manifester mon souhait que le Comité vous invite à nouveau.

Je n'ignore pas que plus tôt, nous avons parlé de . . . Les pertes d'emplois ne m'intéressent pas; nous devons voir comment nous pouvons améliorer le système. À l'heure actuelle, les drogues font du mal aux gens. Car votre travail est préventif; il porte sur l'éducation et des choses connexes. J'aimerais donc que vous fassiez revenir le témoin, monsieur le président. L'échange que nous avons eu plus tôt portait sur les chiens et sur leur dressage, ce qui m'a paru très intéressant.

Je remercie M<sup>me</sup> Copps de m'avoir permis d'intervenir pendant son temps de parole. J'avais un engagement à 10 heures, mais je suis heureux d'être resté pour vous écouter. Si vous voulez faire revenir ce témoin, je me ferai un plaisir d'assister à votre réunion.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Mantha. Madame Copps.

[Texte]

**Ms Copps:** Thanks, Mr. Chairman.

I am sorry that Mr. Mantha has to leave. I mean—and I am not saying anything against him—if we do have an epidemic, it is an epidemic that obviously has not hit too many Members of Parliament, given that you and I are the only persons at this meeting this morning. This is just an observation and does not require any answer from the witness.

The reason I raise the issue of the manpower is that obviously, as you become more successful in the traditional ways of nailing importers, they are going to be more sophisticated. If that means moving out to smaller postal substations among other things, obviously they are going to use every trick in the book to try to get their product into Canada.

My concern is that Customs is downsizing, and I do not see how you can keep up the quality of your work at the time that a number of—in the hundreds, I guess—customs officers, whom you say are not involved directly in interdiction, are being laid off or having their positions eliminated.

**Mr. McKissock:** All customs officers are involved in interdiction. They are peace officers and they are all involved. We were talking about the specialized interdiction and intelligence groups. No, they have not been touched, and I do apologize that I cannot speak in more depth on the effects of the cutting per se, but you will appreciate that my area is somewhat unique in that I do not have an opportunity to give you an overview on the cuts and whatever.

I can say, however, in the specialized areas of narcotics, we have not been touched, thank you very much to Mr. MacKay, the Minister of National Revenue, and to our deputy minister who has insisted that this be maintained as a high priority in the department, in spite of the cuts.

**Ms Copps:** How many employees are involved with your specific unit?

**Mr. McKissock:** Do you mean in headquarters?

**Ms Copps:** No, no. Altogether, how many employees are there?

**Mr. McKissock:** We have about 125, Madam, right across the country. That is all. This includes 22 dog teams.

**The Chairman:** This is not counting the dogs, is it?

**Mr. McKissock:** Yes, sir.

**The Chairman:** Are they on the government payroll, too?

**Mr. McKissock:** We are very pleased . . . As I mentioned in my last remarks, I did not want this to appear to be a pitch for resources, or to put you in that difficult position.

[Traduction]

**Mme Copps:** Merci, monsieur le président.

Je suis désolée que M. Mantha doive partir. Sans vouloir le moindrement le critiquer, s'il est vrai que la situation est épidémique, cette épidémie n'a manifestement pas frappé bon nombre de députés, étant donné que vous et moi sommes les seuls ici ce matin. Ce n'était qu'une remarque, et le témoin ne doit pas se sentir obligé de répondre.

La raison pour laquelle j'ai soulevé la question des effectifs, c'est qu'il ne fait aucun doute que plus vous réussirez à pincer les importateurs grâce à des moyens traditionnels, plus ces derniers feront preuve d'une plus grande imagination. Si cela veut dire essayer de passer par les petits bureaux de poste, entre autres moyens, c'est ce qui se produira, car les trafiquants vont user de tous les moyens pour essayer de faire entrer leurs produits au Canada.

Ce qui me préoccupe, c'est que les services des Douanes réduisent leur effectif; or, je ne vois pas comment vous pouvez maintenir la qualité de votre travail au moment même où l'on licencie des centaines de douaniers, dont le travail n'est pas directement lié à la répression de la contrebande, où l'on élimine leurs postes.

**M. McKissock:** Tous les douaniers participent à la répression de la contrebande en tant qu'agents de la paix. Ce dont il est question, c'est de la répression spécialisée et des groupes qui travaillent dans le domaine des renseignements. Or, ces derniers n'ont pas été touchés. Je m'excuse de ne pas pouvoir vous en dire plus long sur les répercussions des réductions de postes en soi, mais vous conviendrez sans doute que mon domaine est passablement spécialisé, ce qui ne m'aide pas à vous donner une vue d'ensemble de ces compressions et des autres questions connexes.

Cela dit, je puis vous assurer que dans les domaines spécialisés liés aux stupéfiants, il n'y a pas eu de réductions de postes, ce dont nous sommes très reconnaissants envers M. MacKay, le ministre du Revenu national, et notre sous-ministre, qui a insisté pour que nos services soient prioritaires au sein du ministère, en dépit des compressions budgétaires.

**Mme Copps:** Combien y a-t-il d'employés dans votre unité?

**M. McKissock:** Vous voulez dire à l'administration centrale?

**Mme Copps:** Non, non. Dans l'ensemble, combien y a-t-il d'employés dans ces services?

**M. McKissock:** Madame Copps, il y en a environ 125 répartis partout au pays. C'est tout. Cela comprend 22 équipes maîtres-chiens de chiens détecteurs.

**Le président:** Sans compter les chiens eux-mêmes, n'est-ce pas?

**M. McKissock:** Oui, monsieur le président.

**Le président:** Sont-ils rémunérés par le gouvernement eux aussi?

**M. McKissock:** Nous sommes très satisfaits . . . Comme je l'ai précisé plus tôt, je ne veux pas qu'on interprète mes propos



[Text]

**The Chairman:** It does not bother us. No, as a matter of fact, if that is the problem, we want to know it.

**Mr. McKissock:** What we have done with those 125 person-years, which includes 22 dog teams, is to seize \$380 million worth of drugs in this last year; \$302 million of that was heroin, which we are extremely pleased about. The job of the drug squads, and my particular operation as co-ordinator of the drug operation across Canada, is to seize the high-volume, high-risk, high-quality drugs coming into the country.

• 1025

We do have to differentiate, of course. We have to use those modest resources to the highest priority, and we are constantly shifting them. Just to answer your question before, though, Miss Copps, our drug operation and our interdiction and intelligence operation is highly mobile, highly mobile. London, for example, has not lost any effort in that respect. Our people are going in and out of there all the time. We do have a small drug operation working in London, and particularly in Sarnia. We have one dog there, and if resources will permit we hope to have at least another dog in there in this next fiscal year.

**Ms Copps:** Page 49 of your report in 1985 says that detector dogs were involved in only 23 seizures across Canada—21 in Toronto and 1 each in Niagara Falls and Windsor—and that there was only 1 seizure which involved a dog after June of 1985. That is what your report says.

**Mr. McKissock:** Yes, the report is accurate. As a matter of fact, we have a detector-dog seminar going on right now in Cornwall to find out the reason for that. Now, the—

**Ms Copps:** I am sorry, I do not mean to . . . I should not be chuckling, but if this is the big thrust and we only make one seizure . . .

**Mr. McKissock:** The dogs are part of the thrust, Madam. They are not the be-all and end-all; they are not the panacea; they are not infallible. They are a tool.

**Ms Copps:** No, but they are included in your list of manpower.

**Mr. McKissock:** Yes. But what that report does not show is that Customs is a very co-operative law enforcement agency, and we make these dogs available to virtually every other police department going, and unfortunately, this report shows only the Customs seizures it was involved in, not the total seizures attributed to the dog, which were considerably higher than that.

[Translation]

comme une demande d'argent, et je ne veux pas non plus vous mettre dans cette situation délicate.

**Le président:** Cela ne nous gêne pas. Non, et de fait, si tel est le problème, nous aimerions être au courant.

**M. McKissock:** Grâce à ces 125 années-personnes, y compris les 22 équipes maîtres-chiens, nous avons saisi pour 380 millions de dollars de drogue au cours de l'année qui vient de se terminer; sur cette somme, 302 millions de dollars correspondaient à de l'héroïne, ce dont nous sommes très satisfaits. Le travail des brigades de saisie de drogue, et plus particulièrement le mien en tant que coordonnateur des activités de saisie de drogue au Canada, est de saisir les drogues très pures, à risque élevé, et qui entrent en grande quantité dans notre pays.

Bien sûr, il faut faire des choix. Nous devons utiliser nos ressources modestes en tenant compte de nos priorités, et il nous faut donc les déplacer constamment. Cependant, pour répondre à votre question, madame Copps, nos activités de saisie de drogues, de répression de la contrebande et de renseignement sont très, très mobiles. Ainsi, London, par exemple, n'a pas du tout été défavorisée à cet égard. Nos effectifs font constamment l'aller retour jusque là-bas. En outre, il y a quelques activités de saisie de drogues à London, et particulièrement à Sarnia. Nous disposons d'un chien détecteur là-bas, et si nos ressources nous le permettent, nous espérons en obtenir au moins un autre au cours de la prochaine année financière.

**Mme Copps:** À la page 49 de votre rapport de 1985, il est dit que les chiens détecteurs n'ont participé qu'à 23 saisies au Canada, c'est-à-dire 21 à Toronto et une à Niagara Falls et à Windsor respectivement, et qu'on a fait appel à un chien détecteur dans une seule saisie postérieure à juin 1985. C'est ce qui figure dans votre rapport.

**M. McKissock:** Oui, et ces renseignements sont exacts. De fait, en ce moment, on essaie justement de voir à quoi tient cet état de fait dans le cadre d'un séminaire qui se tient présentement à Cornwall. Les . . .

**Mme Copps:** Excusez-moi, je ne cherche pas à . . . Je ne devrais pas rire, mais si c'est là votre gros effort et si l'on ne fait qu'une saisie . . .

**M. McKissock:** L'utilisation de chiens est un moyen parmi d'autres, madame Copps. Il est loin d'être le seul, car les chiens ne sont pas une panacée et ne sont pas infallibles. Ils ne sont qu'un instrument.

**Mme Copps:** Non, mais ils figurent parmi vos effectifs.

**M. McKissock:** Oui. Cependant, ce que ce rapport ne précise pas, c'est que les Douanes sont très disposées à coopérer avec les autres corps policiers; nous prêtons donc nos chiens à à peu près tous les autres services policiers. Malheureusement, le rapport n'indique que les saisies effectuées par les Douanes auxquelles ont participé les chiens, et non le nombre total de saisies qu'on peut attribuer à chaque chien et



[Texte]

The dogs were responsible for over \$13 million in drugs in 1985. There has been a decline this year. We think they have been working predominantly in the area with the drug squads, and we think perhaps we have restricted their use too much. We are going to broaden their use considerably.

**Ms Copps:** So you have about 100 humans then, or 102?

**Mr. McKissock:** It is 125 humans, Madam, approximately.

**Ms Copps:** And how many dogs?

**Mr. McKissock:** The dogs have a human master.

**Ms Copps:** I see, so the 125 includes—

**Mr. McKissock:** Now 22 dog masters.

**Ms Copps:** —22 dogs and masters.

**Mr. McKissock:** This was approximate because there is a certain amount of shifting around where people are on the teams and off the teams, depending on the circumstances.

**Ms Copps:** I realize you cannot comment on the manpower, but I guess I am a little concerned that if we are going to be launching an all-out assault on importing of drugs into the country and you have 125 people from coast to coast, you can hardly cover London and all these other areas, as well as the areas you are already covering.

**Mr. McKissock:** No, Madam, we cannot. As I mentioned in my opening statement, we think we have hit about the peak we can hit with that number of people, and we also think the criminal organizations . . . their intelligence on us is often far superior to what we have on them. They well know what our limitations are and our manpower limitations. But to give you an idea of the effectiveness of these dog teams, it is not unusual for us to be aware that a contract has been let on one of our dogs. This happened very recently in June of 1986. As a matter of fact, that it became common knowledge in the area—

**Ms Copps:** A contract killing.

**Mr. McKissock:** —from Thunder Bay to Winnipeg that there is a contract out for our dog that works that area—

**Ms Copps:** This is one of your dogs?

**Mr. McKissock:** —because he has been so highly effective. Yes. The contract was worth \$5,000.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Is the dog still alive?

**Mr. McKissock:** Yes, sir, he sure is, and we intend to keep him as alive as we possibly can by providing such additional protection as necessary.

[Traduction]

dont le nombre a été beaucoup plus élevé que ce qui est indiqué.

En 1985, les chiens ont réussi des saisies de plus de 13 millions de dollars de drogues. On a observé une baisse cette année, mais nous pensons qu'ils ont travaillé surtout avec les équipes chargées de la détection et de la saisie, ce qui a peut-être limité un peu trop leurs activités. Nous allons au contraire élargir leur usage considérablement.

**Mme Copps:** En ce cas, vous comptez 100 êtres humains ou 102?

**M. McKissock:** C'est 125, madame Copps, environ.

**Mme Copps:** Et vous avez combien de chiens?

**M. McKissock:** Les chiens ont tous un maître.

**Mme Copps:** Je vois; les 125 années-personnes comprennent donc . . .

**M. McKissock:** Il y a 22 maîtres.

**Mme Copps:** . . . 22 chiens et leurs maîtres.

**M. McKissock:** Il s'agit de données approximatives, car selon les circonstances, on déplace beaucoup le personnel, et il est difficile de savoir qui fait partie des équipes et qui n'en fait pas partie.

**Mme Copps:** Je vois pourquoi vous ne pouvez pas parler des effectifs, mais cela dit, je suis assez préoccupée par le fait que vous ne disposez que de 125 personnes d'un océan à l'autre pour donner l'assaut contre l'importation des drogues dans notre pays; or, vous pouvez à peine couvrir London et ces autres régions, en plus des régions que vous couvrez déjà.

**M. McKissock:** Non, madame Copps, nous ne le pouvons pas. Comme je l'ai déjà précisé dans ma déclaration liminaire, nous estimons avoir atteint à peu près le niveau maximal d'efficacité, compte tenu de nos effectifs. Nous pensons également que le monde interlope en sait souvent beaucoup plus sur nous que nous sur lui. Il est bien au courant de nos limites, y compris sur le plan des effectifs. Cependant, pour vous donner une idée de l'efficacité de ces équipes maîtres-chiens, il n'est pas rare pour nous d'apprendre qu'un tueur à gages a été embauché pour tuer l'un de nos chiens. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé très récemment, en juin 1986. D'ailleurs, tout le monde savait dans la région . . .

**Mme Copps:** Le recours à un tueur à gages.

**M. McKissock:** . . . de Thunder Bay à Winnipeg qu'on avait engagé quelqu'un pour tuer notre chien qui travaille dans cette région . . .

**Mme Copps:** C'est l'un de vos chiens?

**M. McKissock:** . . . étant donné qu'il était si efficace. Oui. Le contrat valait 5,000\$.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Le chien est-il encore en vie?

**M. McKissock:** Oui, monsieur, il l'est certainement, et nous avons l'intention de le garder en vie en lui accordant toutes les mesures de protection supplémentaires que nous jugerons nécessaires.

[Text]

**Ms Copps:** Now what would happen—

**Mr. McKissock:** And he is still working, too.

**Ms Copps:** —if you were told tomorrow that you could double your unit in terms of manpower?

**Mr. McKissock:** What would happen? There is no way, Madam, that I could tell you we would double our statistics. There is just no way I could do that. We do feel we need more dog teams. Our present projection is for 38 dog teams. We do need to beef up our commitments, particularly in the major areas—Vancouver, Toronto, Montreal, Halifax. The previous speaker mentioned that the sheer geography of this country makes it almost an impossible effort to look and try and stop some of this coming through, but we can use it much more effectively. We do know now that there have been major shifts and patterns in drug importations.

• 1030

For example, up until about a year ago, we were satisfied that most of Canada's demand for cocaine was pretty well supplied by air courier. We have put a considerable blitz on our major airports for cocaine couriers, and it has had the desired results. But they of course shift to other areas. The demand for cocaine is also increasing rapidly, so now we feel that the supply for the Canadian cocaine demand is coming predominantly by land border and predominantly by commercial means.

We just had a seizure 10 days ago of 2.5 kilograms of cocaine in the nose or the front of a 40-foot tractor trailer loaded with 1,200 cases of parsley. You will appreciate in this country at this time of year that the number of trucks crossing our borders with produce is just mind-boggling. There are virtually thousands of them. It is also very labour intensive to unload 1,200 boxes of parsley or lettuce or whatever. We worked on partial information on this one.

I am very proud to tell you about the dog—and this is where we can maybe make up a little bit for the statistics. When we cracked the door to the 40-foot trailer the dog reacted immediately. There were 1,200 cases of wetted-down, refrigerated parsley, and this cocaine was found at the bottom box at the very nose of this 40-foot trailer, and our dog reacted immediately.

**Ms Copps:** If your dogs are so effective—now you said that you are trying to budget for one extra dog team in this fiscal year.

**Mr. McKissock:** No, ma'am. As a matter of fact, we have already made arrangements that there will be three new teams entering training on Monday at our Customs college in Rigaud. We will have two new teams entering training in April

[Translation]

**Mme Copps:** Que se passerait-il . . .

**M. McKissock:** Il travaille encore aussi.

**Mme Copps:** . . . si l'on vous disait demain que vous pouvez doubler vos effectifs?

**M. McKissock:** Que se passerait-il? Eh bien, madame Copps, il est tout simplement impossible que je puisse vous dire que nous allons doubler nos effectifs. C'est tout simplement impossible. Cela dit, nous avons besoin d'autres équipes de maîtres-chiens. Nous projetons d'ailleurs d'en avoir 38. Nous devons renforcer nos activités, particulièrement dans les principaux centres, comme Vancouver, Toronto, Montréal et Halifax. Celui qui m'a précédé a dit que notre pays est tellement vaste qu'il est presque impossible d'empêcher l'entrée de certains de ces produits, mais nous pouvons tirer un bien meilleur parti de cette géographie que nous ne le faisons. Nous savons maintenant qu'il y a eu des changements au niveau des habitudes et des pratiques d'importation de stupéfiants.

Par exemple, jusqu'à il y a environ un an, le gros de la demande canadienne de cocaïne était assuré par des voyageurs aériens, et nous le savions. Nous avons donc multiplié les inspections dans les principaux aéroports canadiens dans le but d'arrêter davantage de passeurs, et nous avons obtenu les résultats escomptés. Face à cette situation, les réseaux de contrebande ont opté pour d'autres formules. Par ailleurs, la demande de cocaïne augmente rapidement, et nous pensons qu'à l'heure actuelle, la demande canadienne de cocaïne est surtout approvisionnée par les contrebandiers qui passent par des frontières terrestres ou qui utilisent des moyens commerciaux.

Il y a dix jours, nous avons saisi 2,5 kilogrammes de cocaïne qui avaient été dissimulés à l'avant d'un camion-remorque long de 40 pieds qui transportait 1,200 caisses de persil. À cette époque-ci de l'année, il y a un nombre incroyable de camions, chargés de toutes sortes de produits frais, qui traversent la frontière. Il y en a des milliers. Un autre problème, c'est que cela demande beaucoup de temps de décharger 1,200 caisses de persil ou de laitues. Dans le cas dont je viens de vous parler, nous avions déjà obtenu quelques renseignements au préalable.

Je suis très fier de ce qu'a fait le chien, et j'aimerais bien vous en parler . . . et c'est peut-être ici que l'on peut rattraper des choses sur le plan des statistiques. Lorsque nous avons ouvert la porte du camion-remorque de 40 pieds, le chien a tout de suite réagi. Il y avait 1,200 caisses de persil arrosées et réfrigérées, et la cocaïne se trouvait dans la dernière boîte, tout à fait au fond du camion-remorque de 40 pieds. Or, le chien avait tout de suite réagi.

**Mme Copps:** Si vos chiens sont si efficaces . . . vous avez dit vouloir inclure dans le budget de la prochaine année financière un poste correspondant à un nouveau chien pour les équipes de dépistage.

**M. McKissock:** Non, madame. Nous avons déjà fait les arrangements nécessaires, et trois nouvelles équipes vont commencer leur formation dès lundi à notre collège, à Rigaud. Deux nouvelles équipes commenceront leur formation en avril,



[Texte]

and hopefully four more teams in September. This is providing we can—I will be honest with you—we can con the person-years out of the regional collectors to put the dog teams in.

**Ms Copps:** What is the cost of one dog team annually?

**Mr. McKissock:** By the time it is fully equipped, and you bear in mind the salary and the vehicles being used, we estimate the cost is about \$100,000 a year for one dog team.

**Ms Copps:** So you are looking at increasing by eight.

**Mr. McKissock:** We will hopefully get at least eight, but administering the dog section can be a headache at times. Masters move on to other things. It is a very specific training role. The amount of career progression is limited in it because we only have 22 teams at this particular stage, and masters do decide they want to go on to some place else. The dogs do have medical problems and do come down with problems on occasion where we continually have to do what we call reread courses. Either we are taking an experienced master and giving him a new dog or an experienced dog and giving it to a new master. So there is a continual problem in there. But we do hope to get at least five brand new teams operating in this fiscal year.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, I just have another line of questioning. On page 61 of your report you go into quite extensive detail on ethnic groups and heroin smuggling, and I wonder how you define ethnic groups.

**Mr. McKissock:** This is a very difficult subject. People come from various parts of the world and it is very difficult to give them a label other than what they are. The way public sensitivity is, if we said an American resident was arrested with three kilograms of cocaine this morning, nobody would take any notice of it at all, but if we said a Nigerian national was arrested this morning with three kilograms of cocaine, there would be a considerable amount of concern, for some reason, that we are being discriminatory in an ethnic sense that is not the way we are operating.

When we talk about ethnic groups, we are talking not in a discriminatory sense about race, creed or colour, but merely geographics from where the people come from.

**Ms Copps:** The reason I asked that is because if you read through the document you make no mention of Canadians or Americans in the groups you have identified as problem groups. In fact, you identify Indians recruiting Tamils from Sri Lanka. Well, Tamils is not a geographic location; it is a specific ethnocultural designation.

[Traduction]

et nous espérons pouvoir accueillir quatre nouvelles équipes en septembre. À condition—je vais être franc avec vous—de pouvoir convaincre les équipes régionales de nous céder les années-personne dont nous aurons besoin pour monter ces équipes maîtres-chiens.

**Mme Copps:** Quel est le coût annuel d'une équipe maîtres-chiens?

**M. McKissock:** Si l'on tient compte de tout le matériel nécessaire, des salaires, ainsi que des véhicules utilisés, il en coûte environ 100,000\$ par an pour tenir une équipe maîtres-chiens.

**Mme Copps:** Et vous aimeriez ajouter huit nouvelles équipes.

**M. McKissock:** Nous espérons pouvoir en monter au moins huit, mais l'administration de ces escouades pose parfois de sérieux problèmes. Les maîtres des chiens passent souvent à autre chose. Il s'agit d'un dressage très particulier. Les possibilités d'avancement dans ce service sont limitées, car nous n'avons encore que 22 équipes; il est donc normal que les maîtres soient tentés de passer à autre chose. Les chiens ont parfois des problèmes de santé, et il y a également des problèmes lorsque nous donnons un nouveau chien à un maître chevronné, ou lorsque nous donnons un chien détecteur qui a de l'expérience à un nouveau maître. Il y a toujours des problèmes à ce niveau-là. Nous espérons néanmoins constituer au moins cinq nouvelles équipes maîtres-chiens au cours de la prochaine année financière.

**Mme Copps:** Monsieur le président, j'aimerais maintenant passer à une autre question. À la page 65 de la version française de votre rapport, vous faites un exposé détaillé sur les groupes ethniques et le trafic de l'héroïne, et j'aimerais savoir comment vous définissez ces groupes ethniques.

**M. McKissock:** Il s'agit là d'une question très délicate. Les gens viennent de partout dans le monde, et il est très difficile de leur donner une étiquette autre que celle qui correspond à ce qu'ils sont. Or, le public est très sensible à la question. Si nous annonçons qu'un résident américain a été arrêté ce matin avec, en sa possession, trois kilogrammes de cocaïne, personne n'y prêterait attention; mais si nous disions qu'un Nigérian a été arrêté ce matin et qu'il transportait trois kilogrammes de cocaïne, les gens parleraient tout de suite de discrimination. Or, ce n'est pas comme cela que nous fonctionnons.

Lorsque nous parlons de groupes ethniques, nous ne faisons pas de discrimination fondée sur la race, la religion ou la couleur de la peau. Tout simplement, il s'agit d'identifier le lieu d'origine des gens. C'est purement géographique.

**Mme Copps:** Si je vous pose cette question, c'est que j'ai lu le document, et vous ne dites nulle part que des Canadiens ou des Américains comptent parmi les groupes problèmes. Vous dites notamment que les Indiens ont recruté des Tamouls du Sri Lanka. Eh bien, un Tamoul, ce n'est pas quelqu'un qui est originaire d'un lieu géographique donné. Il s'agit d'une désignation qui correspond à un groupe ethnoculturel bien précis.



[Text]

[Translation]

• 1035

**Mr. McKissock:** Canadians and Americans are mentioned there in the statistics. We do give a breakdown, I believe, as to the number of people from various ethnic origins.

**Ms Copps:** I am just saying, on page 61 you talk about ethnic groups and heroin smugglers.

**Mr. McKissock:** These are specific groups that we have identified through intelligence and through our liaison abroad with other customs services and other law enforcement agencies that are specifically involved in the importation or the smuggling of a particular drug to Canada. We debated this long and hard. We just do not know what to call them. I mean, we decided that not calling them proper names, it would not give enough information to the reader as to where these people were coming from. It is very difficult to say that drugs are coming from Sri Lanka, but by whom? According to our information, the Tamils have been recruited by major heroin organizations to act as couriers. We do know that many west Africans are doing the same thing now.

**Ms Copps:** If I look, for example, you say:

Traditionally, the most well known of these ethnic national groups for the North American trade has been the Italians through the Mafia or Cosa Nostra.

It is my understanding that the Cosa Nostra or organized crime which has commonly been known as "Mafia" and/or "Cosa Nostra" includes membership of a number of different cultural backgrounds. I do not think it is exclusive to the Italian community.

**Mr. McKissock:** Yes, it is.

**Ms Copps:** Membership in the Cosa Nostra?

**Mr. McKissock:** The Cosa Nostra, yes ma'am, is very exclusive, and it is very exclusive to a particular area in Sicily, in the Cosa Nostra itself.

**Ms Copps:** No. But in terms of the heroin movement, or the heroin trafficking in North America, presumably the networks that set it up are not restricting involvement to people of Italian background.

**Mr. McKissock:** Oh, no, ma'am. No, not at all. That is one of the reasons we happened to mention the fact of the Tamils and the Nigerians and a variety of other ethnic groups that are beginning—

**Ms Copps:** No, you are missing my point.

**Mr. McKissock:** I am sorry. I am misunderstanding what you are saying.

**Ms Copps:** I was under the impression that when it came to the distribution of drugs in North America, heroin and others, that you have, whatever the network is, at this point in time—and it may have had historic origins—you know, in the case of

**M. McKissock:** On fait état et des Canadiens et des Américains dans les statistiques. Il me semble en tout cas que nous donnons la ventilation des passeurs, par groupe ou par origines ethniques.

**Mme Copps:** Tout ce que je dis, c'est qu'à la page 65, vous parlez de groupes ethniques et du trafic de l'héroïne.

**M. McKissock:** Nos services de renseignement ainsi que les services de douanes et les services de police étrangers avec lesquels nous communiquons régulièrement nous ont permis de déterminer qu'il y a certains groupes qui sont beaucoup plus liés que d'autres à l'importation et au trafic au Canada de certaines drogues. Nous en avons longuement discuté. Nous ne savons pas comment les appeler. Nous avons décidé de ne pas utiliser tout simplement leur nom de famille, car cela ne renseignerait pas les lecteurs sur leur pays d'origine. Il est très difficile de dire que les drogues nous arrivent du Sri Lanka sans préciser qui au Sri Lanka s'en occupe? D'après les renseignements dont nous disposons, les gros réseaux de trafic de l'héroïne ont recruté beaucoup de passeurs chez les Tamouls. Et nous savons qu'il y a un grand nombre de passeurs originaires de l'Afrique occidentale.

**Mme Copps:** Vous dites, par exemple, et je cite:

De tous les groupes ethniques ou nationaux traditionnellement associés au trafic des stupéfiants en Amérique du Nord, le mieux connu est celui des Italiens liés à la Mafia ou à la Cosa Nostra.

Il me semble que les milieux du crime organisé, qu'on appelle communément «Mafia» et «Cosa Nostra» comptent des membres aux origines ethniques ou culturelles très différentes. Je ne pense pas que ce soit là l'apanage des seuls Italiens.

**M. McKissock:** Si, justement.

**Mme Copps:** Il faut être Italien pour être membre de la Cosa Nostra?

**M. McKissock:** Oui, la Cosa Nostra est très exclusive, et elle se limite même aux ressortissants d'une région très précise en Sicile, la région de la Cosa Nostra.

**Mme Copps:** Non. Pour ce qui est du trafic de l'héroïne en Amérique du Nord, les réseaux qui s'en occupent ne sont pas exclusivement italiens.

**M. McKissock:** Non. Pas du tout. Et c'est justement pourquoi nous avons mentionné les Tamouls, les Nigériens et d'autres groupes ethniques qui commencent...

**Mme Copps:** Non, vous n'avez pas suivi.

**M. McKissock:** Je m'excuse. J'ai mal compris ce que vous avez dit.

**Mme Copps:** J'avais l'impression qu'en ce qui concerne la distribution des drogues, l'héroïne, etc..., en Amérique du Nord, quel que soit le réseau, à l'heure actuelle... pour ce qui est de la Mafia, au départ, ses membres étaient originaires

[Texte]

the Mafia, there were historic origins to a certain part of Italy. But at this point in time it has become so diverse. It is a big money business and, whatever your ethnic background, if you are able to deliver in terms of getting your product out, you can become a part of that organization.

**Mr. McKissock:** Not a part of it in the sense of belonging to it. They may be used by the organization. But there is a great competition in illicit drug trafficking. You are quite correct, it covers virtually the whole gamut of ethnic backgrounds and races. We target what we can target with the facilities available to us.

We do know, for example, that the couriers—and we must be able to tell our officers—there are 80 million people that cross our borders every year, 80 million. We have less than 4,000 uniformed officers. It does not take much of a mathematician to realize that if we are going to get the people that are bringing drugs into Canada, we must be able to give our officers as much basic detail as we can to allow them to select that small percentage of the 80 million people crossing every year for further examination, and this is what the whole idea of this is.

**Ms Copps:** But if I was not . . . I just want—

**The Chairman:** Maybe I had better give Mr. Turner a chance here.

**Ms Copps:** But Mr. Turner has not been here all morning, okay? So if you do not mind, I would like to finish my questions and then—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I think the chairman can decide, Miss Copps—

**Ms Copps:** I know, but you just got here five minutes ago and we have been sitting here for an hour and a half.

**The Chairman:** I know. I have appreciated that you have been here earlier.

**Ms Copps:** I know. You have been good. I am not complaining about that. But I would like to just pursue this line of questioning for about another minute, just briefly.

If I read this document—let us suppose I was a customs officer who was supposed to read this document. If I read this document, I would think that drug smuggling, and in particular heroin smuggling, were the purview of "ethnic groups".

• 1040

I do not see mention in here . . . and frankly, if I were in organized crime, I would say I would make sure if somebody were a carrier coming into the country, I would not use an Italian, I would not use a Tamil, I would not use a Nigerian, because you have outlined in this particular document these groups as being the heroin smugglers. Are there any white Anglo-Saxons smuggling heroin?

[Traduction]

d'une certaine région d'Italie. Mais les choses ont changé. C'est maintenant une affaire qui marche, et, quelle que soit votre origine ethnique, si vous pouvez livrer le produit, vous pouvez faire partie du réseau.

**M. McKissock:** Mais n'y appartiendrez pas. Vous serez peut-être utilisé par le réseau. Mais il y a une très grande concurrence au niveau du trafic des stupéfiants. Mais vous avez raison de dire que l'on y trouve toute la gamme des races et des groupes ethniques. Nous définissons certains groupes cibles en fonction des moyens dont nous disposons.

Nous savons par exemple que les passeurs . . . et nous devons pouvoir donner ces renseignements à nos agents . . . chaque année il y a quelque 80 millions de personnes qui traversent notre frontière. Or, nous disposons de moins de quatre mille agents en uniforme. Il n'est pas nécessaire de faire de grands calculs compliqués pour voir que, si nous voulons arrêter ceux et celles qui font entrer des drogues au Canada, il nous faut fournir autant de données que possible à nos agents pour qu'ils puissent choisir, parmi ces 80 millions de personnes, un petit pourcentage de voyageurs qu'ils regarderont d'un peu plus près. Et c'est là le but de tout cela.

**Mme Copps:** Mais si je n'étais pas . . . J'aimerais tout simplement . . .

**Le président:** Il sera peut-être bon que je donne une petite chance à M. Turner.

**Mme Copps:** Mais M. Turner n'est pas ici depuis le début de la matinée. Alors, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, j'aimerais bien pouvoir en finir avec mes questions, après quoi . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Madame Copps, je pense que le président pourra décider . . .

**Mme Copps:** Je sais. Mais vous êtes arrivé il y a cinq minutes seulement, et nous, nous siégeons depuis une heure et demie.

**Le président:** Je sais. Et je vous suis reconnaissant d'avoir été là dès le début.

**Mme Copps:** Je sais. Vous avez été juste. Ce n'est pas de cela que je me plains. J'aimerais tout simplement poursuivre dans ce même ordre d'idée pendant encore une petite minute.

Si je lis ce document . . . Admettons que je sois un agent de douanes et que ce soit mon devoir de lire ce document. Si je le lisais, je me dirais que le trafic des stupéfiants, et notamment le trafic de l'héroïne, est l'apanage des «groupes ethniques».

Je ne vois nulle part ici . . . et, franchement, si j'étais du milieu, je ne choisirais jamais comme passeur un Italien, un Tamoul ou un Nigérian, car vous dites dans ce document que ces groupes sont les grands spécialistes du trafic de l'héroïne. Y a-t-il des Anglo-saxons de race blanche qui font le trafic de l'héroïne?



[Text]

**Mr. McKissock:** Yes, there are. These are the predominant couriers we have been able to detect in that period of 1985; and I can say in 1986 it has not changed a great deal. These are the predominant couriers. They are from that particular ethnic background.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I see on the statistics here for 1986 that the greatest volume, in quantity of drugs, in the first six months of 1986 was marijuana.

**Mr. McKissock:** Yes, sir.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** And heroin was much less in quantity, but it has a considerably higher value in terms of dollars. We are facing two problems here. One is, we have little or no control, as you are describing, over affecting the supply of the drugs. It is extremely difficult for us to have any, because the majority of it is imported.

**Mr. McKissock:** That is right.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** What we have to focus on to solve our Canadian problem is the demand; i.e., the user. What would you think would be probably one of the most effective ways for the government and Canadians to focus on the demand; i.e., through education, increased enforcement, severe sentences, mandatory testing, whatever? What would your sense be?

**The Chairman:** If I could interrupt for one moment here, Mr. Turner, you were not here, I do not think, when Mr. McKissock gave his original testimony, but he said—and I wrote it down, and I think I am right—he thinks we can get a hold on the supply problem.

**Mr. McKissock:** We think we can, but we would not be so naïve as to say we have a hold on it.

**The Chairman:** It is interesting, because it then takes away the importance of what Mr. Turner is getting into, namely the demand side.

**Mr. McKissock:** I do believe, Mr. Turner, you are correct. But we feel, from this part of law enforcement, there has to be a happy medium between supply and demand. As I mentioned earlier, this country is in a rather unique situation in being able to do something about the supply, because of the fact that 95% of all the drugs and narcotics used on our streets are smuggled into the country. But it must be balanced, of course, with demand issues.

We are endeavouring to do the best we can from a customs perspective. A previous speaker mentioned law enforcement in the schools. We try very hard to get to as many schools as we can, particularly the primary schools, and we find the effectiveness of our detector dogs in demonstrations in the schools is very, very well received. In addition to the demonstration of the dog—pretty well every school child loves to see the dog working—we explain in some detail what the dog is working for, why it is working; and of course we do preach the evils of drug use and abuse.

We do feel public education is extremely important. With our limited resources, when we go to the schools, for example,

[Translation]

**M. McKissock:** Oui, il y en a. Vers 1985, ce sont les ressortissants de ces autres pays qui ont dominé, et les choses n'ont pas beaucoup changé en 1986. Ce sont eux les principaux passeurs. Ils appartiennent à ces différents groupes ethniques.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pour ce qui est des statistiques compilées pour l'année 1986, je constate que, pendant les six premiers mois, les plus gros volumes enregistrés concernent la marijuana.

**M. McKissock:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Et les quantités d'héroïne étaient bien moindres, bien que la valeur, en dollars, soit de loin supérieure. Il y a deux problèmes. Tout d'abord, nous n'exerçons que très peu de contrôle sur l'approvisionnement en stupéfiants. Il est très difficile pour nous d'exercer un contrôle là-dessus, car le gros des drogues sont importées.

**M. McKissock:** C'est exact.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ce sur quoi il nous faut mettre l'accent, si nous voulons régler le problème au Canada, c'est la demande; autrement dit l'utilisateur. Quel serait d'après vous le meilleur moyen pour nous de nous attaquer à la demande. Devrait-on mettre l'accent sur l'éducation, sur la multiplication des vérifications, sur des peines plus lourdes, sur des examens obligatoires... ? Qu'en pensez-vous?

**Le président:** Permettez-moi de vous interrompre un instant, monsieur Turner. Il me semble que vous n'étiez pas là lorsque M. McKissock a fait sa déclaration préliminaire. Il a dit—j'ai pris quelques notes et je pense avoir bien compris—qu'il pense être en mesure de prendre en mains le problème de l'approvisionnement.

**M. McKissock:** Nous pensons pouvoir le faire, mais nous ne sommes pas naïfs assez pour dire que c'est déjà fait.

**Le président:** Cela est intéressant, car cela diminue l'importance de ce à quoi voulait en venir M. Turner, notamment le côté demande.

**M. McKissock:** Je pense que vous avez raison, monsieur Turner. Mais nous pensons quant à nous qu'il doit y avoir un juste équilibre entre l'approvisionnement et la demande. Comme je le disais tout à l'heure, le Canada est particulièrement privilégié et il peut justement faire quelque chose du côté de l'approvisionnement, car 95 p. 100 de tous les stupéfiants consommés dans nos rues arrivent ici en contrebande. Mais il faut bien sûr que cela s'équilibre avec la demande.

Nous essayons de faire de notre mieux du côté des douanes. Un autre intervenant a parlé d'un programme dans les écoles. Nous faisons de notre mieux pour nous rendre dans un nombre maximal d'écoles et nous nous intéressons tout particulièrement aux écoles primaires. Nos chiens détecteurs sont très bien reçus dans les écoles lorsque nous y faisons des démonstrations. En plus des démonstrations avec les chiens—et tous les écoliers adorent regarder les chiens travailler—nous expliquons le but du travail du chien et nous informons les enfants des conséquences funestes de la consommation de drogues.

Nous croyons que l'éducation du public est extrêmement importante. Étant donné les ressources limitées dont nous



**[Texte]**

we strongly encourage our dog masters not to spend too much time in the high schools, but to spend much more time in the primary schools. It has been our experience, from our side of the law-enforcement business, that a 15- or 16-year-old person has pretty well made up his or her mind where they are going in drug use or abuse; whereas the younger people are still subject to a great many myths and misconceptions.

So this is where we are trying to do our part in demand reduction. But we do strongly believe something more can and should be done about supply. The supplies are quite horrendous.

I do not know whether I have answered your question.

• 1045

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes, you have. It helps a lot. Thank you.

Can you quantify the percentage of illegal drugs coming into Canada from producing countries other than the United States? Would it be safe to say 75% of illicit drugs coming into Canada are coming from South America, the Middle East and the Far East? Is my estimate wrong in terms of more coming from the U.S. than we realize?

**Mr. McKissock:** I am going to be very honest with you, sir. I do not know. With any degree of honesty in the result, I do not know of any method by which you could come up with that statistic.

Some agencies say we are only catching 3%, 5%, 6% or 7% of the quantum of traffic coming into this country. That implies they know the hole. My question has always been, if you know the hole, how come you are only catching 3%, 5% or 6%? I do not mean to be smart alec. I just do not know how you could do it and have any faith in the figures you came up with.

We have a constant problem of heroin and cannabis products from southwest Asia, commonly referred to as the golden crescent, Afghanistan, Iran and Pakistan. The traditional golden triangle from southeast Asia: Laos, Berma, Cambodia and Thailand . . . It is now broadening into southern China and a variety of other places. It has been with us for a long time.

In both those primary producing areas, we know they have had bumper opium crops for the last five years. I have been involved in drug enforcement almost 27 years. At one time we were able to concentrate our resources on growing seasons for marijuana or for poppies. We cannot do that anymore. The stockpiles of illicit narcotics of all types are so enormous throughout the world that there is no such thing as a season anymore.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you. Some people have said the police exaggerate the drug problem in Canada to

**[Traduction]**

disposons, nous encourageons justement très fortement nos maîtres de chiens détecteurs à ne pas passer trop de temps dans les écoles secondaires et de se consacrer plutôt aux écoles primaires. L'expérience—en tout cas notre expérience—a révélé qu'un adolescent âgé de 15 ou de 16 ans a déjà plus ou moins décidé s'il va consommer des drogues ou en faire un usage abusif. Les plus jeunes sont toujours victimes d'un grand nombre de mythes et d'idées fausses.

C'est donc à ce niveau-là que nous intervenons dans l'espoir de réduire la demande. Nous croyons cependant fermement que nous pouvons et que nous devons faire davantage pour limiter l'approvisionnement. La situation en ce qui concerne l'approvisionnement est absolument atroce.

Je ne sais si j'ai répondu à votre question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, et vos explications m'ont beaucoup aidé. Je vous en remercie.

Pourriez-vous me donner le pourcentage de drogues illégales qui arrivent au Canada de pays autres que les États-Unis? Serait-il juste de dire qu'environ 75 p. 100 des drogues illégales qui arrivent au Canada proviennent d'Amérique du Sud, du Moyen-Orient et d'Asie? Ou bien y a-t-il davantage de drogues qui proviennent des États-Unis qu'on ne se l'imagine?

**M. McKissock:** Je vais être très franc avec vous. Je ne sais pas. Et je ne connais aucun mécanisme qui nous permettrait de fixer les pourcentages.

Certains organismes prétendent que nous ne saisissons que 3, 5, 6 ou 7 p. 100 des stupéfiants qui arrivent au Canada. Mais cela laisse entendre que ces mêmes organismes connaissent également le volume total. Ma question a toujours été la suivante: si vous connaissez le volume total, comment se fait-il que vous n'en saisissez que 3, 5 ou 6 p. 100? Et je ne dis pas cela pour être impertinent. Tout simplement, je ne vois pas comment on pourrait le savoir et comment on pourrait se fier à ces chiffres.

Nous avons un problème constant, celui de l'héroïne et du cannabis en provenance du Sud-Ouest asiatique, région que l'on appelle le Croissant d'or, et qui englobe l'Afghanistan, l'Iran et le Pakistan. Le triangle d'or traditionnel, au Sud-Est asiatique, est constitué par le Laos, la Birmanie, le Cambodge et la Thaïlande . . . Cela s'étend maintenant jusque dans le sud de la Chine et dans d'autres endroits encore. Et c'est un problème qui existe depuis fort longtemps.

Nous savons que dans ces deux grosses régions productrices, ils ont des récoltes exceptionnelles d'opium depuis cinq ans. Je m'occupe de la répression du trafic des drogues depuis près de 27 ans. Il fut un temps où nous pouvions agir en fonction des saisons de culture de la marijuana et du pavot. Or nous ne le pouvons plus. En effet, les réserves de drogues illicites de tout genre sont si importantes, partout dans le monde, qu'on ne peut plus parler de saisons.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci. D'aucun prétendent que la police exagère le problème des stupéfiants au Canada

*[Text]*

get more funds to help combat the drug problem. Do you think there is an exaggeration of the seriousness of the illicit drug problem, or is it really very serious?

**Mr. McKissock:** I think it is the forest and the trees, Mr. Turner. Those of us involved in drug enforcement on a full-time basis are increasingly alarmed. For example, we are seeing street prices on drugs remaining relatively constant or dropping, yet the purity levels of those drugs is steadily increasing. For example, at one time street heroin was somewhere between 2.5% and 3% in purity level. It is as high as 9% in some areas now, yet the prices remain constant.

I suppose anyone can say we may be exaggerating. I do not believe we are exaggerating the problem. We are working with it every day. Sir, to be honest with you, it is damned scary.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you very much.

**The Chairman:** If I might pursue the issue of supply and demand, my colleagues may correct me if I am wrong, but I think we have had testimony before the committee which told us the supply is really no problem. Mr. McKissock, although you can be proud your seizure statistics are going up, we have been told that any time a seizure is made there is an automatic replacement of the same drug at no cost to the importer here in Canada. It does not matter how much you seize, it is going to be replaced at no cost to anybody here. Why should we worry about the supply side? Perhaps we should be attacking the demand side. How do you react to the fact that anything seized is automatically replaced at no cost to anybody?

**Mr. McKissock:** I cannot disagree with that. I agree with it. We are somewhat biased because our job is on the supply side. Our job is to stop these things. However, we believe the seizures are causing problems to the traffickers.

• 1050

Yes, it is being replaced, but it is being replaced at a considerable cost as well. As I mentioned to you before, we do believe there has to be a balanced approach between supply and demand. I do not think you can look at the supply issue separate from the demand issue, nor the other way around.

There is an old adage that if something is laying in front of you, somebody, somewhere, is going to take it. Our view is that if we can reduce the supplies on the street or drive the prices up, if necessary, it will complement and couple very well with the demand education program. We hope it will, anyway. Perhaps that approach is overly simplistic, but it is the way we see it.

**The Chairman:** Ms Copps.

*[Translation]*

dans le but d'obtenir davantage de fonds pour le combattre. Pensez-vous que ce soit le cas, ou bien la situation est-elle vraiment très grave?

**M. McKissock:** C'est la question de l'arbre et de la forêt, monsieur Turner. Ceux d'entre nous qui se consacrent à temps plein à la répression du trafic des drogues sont de plus en plus inquiets. Par exemple, les prix auxquels ces drogues sont vendues dans la rue sont plutôt constants et dans certains cas ils ont même tendance à baisser; or, la pureté de ces drogues ne cesse d'augmenter. Par exemple, l'héroïne vendue dans la rue avait une pureté de 2.5 à 3 p. 100. Aujourd'hui, dans certaines régions, on en trouve avec une pureté de 9 p. 100, mais les prix n'ont pas changé.

N'importe qui pourrait dire que nous exagérons peut-être. Mais moi je ne pense pas que ce soit le cas. Nous travaillons en plein dedans tous les jours. Franchement, cela fait très peur.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci beaucoup.

**Le président:** J'aimerais revenir un peu sur la question de l'offre et de la demande. Mes collègues me reprendront si je me trompe, mais il me semble que des témoins qui ont comparu devant le Comité nous ont dit que l'offre, ou l'approvisionnement, ne pose pas de problème. Monsieur McKissock, bien que vous puissiez être fier de l'augmentation qui a été constatée du côté des saisies que vous avez faites, on nous a dit que, chaque fois qu'une saisie est faite, la drogue est automatiquement remplacée, sans que cela coûte quoi que ce soit à l'importateur ici au Canada. Peu importe le volume que vous saisissez il sera remplacé sans que cela coûte quoi que ce soit à quiconque ici. Alors pourquoi s'inquiéter de l'approvisionnement? Nous devrions peut-être nous attaquer à la demande. Comment réagissez-vous au fait que toute drogue saisie est automatiquement remplacée, sans que cela coûte quoi que ce soit?

**M. McKissock:** Je ne peux pas vous contredire là-dessus. Je suis tout à fait d'accord avec vous. Nous penchons peut-être plus d'un côté que de l'autre parce que notre travail vise l'approvisionnement. Notre travail, c'est de mettre fin à cela. Mais nous pensons de toute façon que les saisies posent des problèmes aux trafiquants.

Oui, les drogues saisies sont remplacées, mais cela ne se fait pas sans frais. Comme je vous le disais tout à l'heure, nous croyons qu'il faut qu'il y ait un équilibre entre l'offre et la demande. Je ne pense pas que l'on puisse examiner l'aspect offre sans tenir compte de l'aspect demande, et vice-versa.

Il y a un vieil adage qui dit que s'il y a quelque chose par terre devant vous, quelqu'un va finir par le prendre. Selon nous, si nous parvenions à réduire l'approvisionnement écoulé dans la rue ou, si cela s'avérait nécessaire, si nous faisions augmenter les prix, cela cadrerait très bien avec notre programme d'éducation qui, lui, vise la demande. En tout cas, c'est ce que nous espérons. C'est peut-être une approche un peu simpliste, mais c'est ainsi que nous voyons les choses.

**Le président:** Madame Copps.



[Texte]

**Ms Copps:** I would just like to go back for a moment to the business of mail seizures because again in your report of 1985 you say there has been an overall decrease in the number of seizures. If you compare the figures, in 1977 there were 552 male seizures; in 1983 there were 651.

Also, you are seeing a decrease in the seizures of parcel post as opposed to straight letters. Now, they mention in there and again, you might not be in a position to say, but one factor that will affect any improvement in that is the intended consolidation of customs mail examination facilities with a cutback in staff examining mail. In light of the fact that you are responsible for trying to control what is coming into the country, you are not familiar at all with the cutback in the examination of the mail.

**Mr. McKissock:** Yes, Madam, I am totally familiar, but not in the specific details. As I said, from an intelligence perspective we have not received any cuts in our—

**Ms Copps:** Right. But people who are examining the mail must be working together with you.

**Mr. McKissock:** Yes, there has been, and, yes, it is a valid fear that with the cutback of the operations... it has not affected yet, not according to our statistics, but it is reasonable to suppose that if you cut back on the people, eventually it is going to take its toll.

**Ms Copps:** How many person-years have been reduced in examination of mail as it comes in?

**Mr. McKissock:** I am sorry, I could not tell you. I really do not know.

**Ms Copps:** Can you get the information and table it with the committee?

**Mr. McKissock:** I can certainly try.

**Ms Copps:** The other thing I was going to ask you is about the dog teams you have. If a big load of mail came in, let us say, to the sorting station in Toronto gateway or something, would a dog—one dog—be in a position to examine a whole warehouse full of mail in a very quick fashion, or are there ways of foiling them?

**Mr. McKissock:** A whole warehouse... it depends. It certainly depends on the volume. The dogs are magnificent. I may be allowed a little bit of pride here because I am responsible for the dog service, but I do feel that we have the finest detector dog service in the world. The dogs are absolutely remarkable and they cut down heavily on the labour-intensive examination.

But just before I get back to the dogs, if I may, Madam, I should say that while the numbers of people on mail examination have been reduced, our equipment has increased. For example, we are putting specialized high-speed X-ray equipment in our postal examination facilities to be able to detect this.

[Traduction]

**Mme Copps:** J'aimerais revenir un instant sur les saisies de courrier, car là encore, vous dites dans votre rapport de 1985 qu'il y a eu une réduction générale du nombre de saisies. Vous dites qu'il y en a eues 552 en 1977 et 651 en 1983.

Vous avez, d'autre part, constaté une baisse du nombre de colis saisis par opposition aux lettres. Vous ne serez peut-être pas en mesure de me répondre, mais un facteur qui vous empêchera de progresser sur ce plan, c'est la consolidation prévue des installations d'examen du courrier par les douaniers, qui sera accompagnée d'une réduction du personnel affecté à l'examen du courrier. Vous avez pour tâche d'essayer de contrôler ce qui entre au pays. Or, vous ne saviez même pas qu'une réduction des services d'examen du courrier était prévue.

**M. McKissock:** Si, je suis tout à fait au courant, madame, mais je ne connais pas encore le détail de ce qui est prévu. Comme je le disais, pour ce qui est de nos services de renseignements, il n'y a pas encore eu de coupure dans nos...

**Mme Copps:** C'est exact. Mais les gens qui examinent le courrier doivent travailler de concert avec vous?

**M. McKissock:** Oui, et il est vrai que les gens craignent—et cela est tout à fait justifié—qu'avec la réduction des activités... Cela n'a pas encore eu de conséquence, en tout cas pas si on se fie à nos statistiques, mais il est parfaitement raisonnable de supposer que, si vous réduisez l'effectif, cela finira par se faire sentir.

**Mme Copps:** Combien d'années-personnes ont été retirées des services d'examen du courrier à son arrivée?

**M. McKissock:** Je regrette, mais je ne saurais vous le dire. Je ne sais pas.

**Mme Copps:** Pourriez-vous obtenir ces renseignements et les fournir au Comité?

**M. McKissock:** Je ferai de mon mieux.

**Mme Copps:** J'aimerais également vous poser une question au sujet de vos chiens détecteurs. Si un gros chargement de courrier arrive au service de tri à Toronto, un chien pourra-t-il à lui tout seul faire rapidement et efficacement le tour de tout un entrepôt de courrier... Ou bien y a-t-il moyen de tromper les chiens?

**M. McKissock:** Tout un entrepôt... cela dépend. Cela dépend du volume. Les chiens sont formidables. C'est moi qui suis responsable du service des chiens détecteurs, et je n'ai pas peur de dire que j'en suis très fier. Je pense que nous avons le meilleur service de chiens détecteurs au monde. Les chiens sont absolument remarquables, et ce qu'ils font réduit de beaucoup notre charge de travail dans le domaine de l'examen, qui, sans eux, exigerait une main-d'oeuvre encore plus importante.

Mais, avant de vous entretenir davantage au sujet des chiens, j'aimerais dire, madame, que, bien que le nombre de personnes chargées d'examiner le courrier ait été réduit, le matériel dont nous disposons a été augmenté. Par exemple, nous allons installer dans nos services d'examen du courrier du



[Text]

We have research and development on an electronic sniffer type of an affair. I am sorry, my expertise is not good enough to tell you exactly how the damn thing works. But we are concentrating on new methods, new procedures, new equipment all the time to try to reduce the labour intensity of mail examination.

Normally, in a large warehouse the international mail is separated from domestic mail, and where it is separated is where we try to dedicate the resources. A dog can examine a containerload of mail within a matter of about 10 minutes, depending on where the mail has been situated, how it has been piled, where it is—

**Ms Copps:** The container being how large?

**Mr. McKissock:** It depends. Containers come in the small air containers to 40-foot containers in the case of parcel post from overseas. Let us take the large container, for example. We cut a trail, as we say. The customs officers will remove packages down the middle of this 40-foot container and run the animal through. We will also run the animal around the outside beforehand, and we have to be very careful about this. Wind currents and a variety . . . it is a very technical business because the first cracking of that container is extremely important for the dog to detect. The gases and the smell have been concentrated in that area for such a long time, so the dog must be in the right place at the right time. If we put a dog through a 40-foot container and there is something there, the dog will usually detect it within five minutes, which is considerable labour saving.

• 1055

**The Chairman:** I am sorry, Mr. McKissock, but there is another committee coming in here in five minutes so we have to clear up. On behalf of the committee, I would like to thank you for your testimony today. We know you are close at hand and if we have further questions, we can easily ask you to come back to the committee.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

matériel à rayons X très rapide, qui nous permettra de détecter les drogues.

Nous faisons également beaucoup de recherche et de développement et nous sommes en train de mettre au point un mécanisme de détection électronique, si vous voulez. Malheureusement, je ne suis pas très calé dans ce domaine, et je ne saurais vous expliquer comment cela fonctionnera. Quoi qu'il en soit, nous mettons beaucoup l'accent sur l'élaboration de nouvelles méthodes, de nouveaux procédés, de nouvelles machines, et ce, dans le but de réduire les besoins en main-d'oeuvre que suppose l'examen du courrier.

En règle générale, dans les gros entrepôts, le courrier international est mis de côté, et c'est à lui que nous consacrons le gros de nos ressources. Un chien peut examiner un conteneur de courrier en une dizaine de minutes, mais cela dépend de la façon dont le courrier a été placé, empilé, etc.

**Mme Copps:** Et quelle serait les dimension de ce conteneur?

**M. McKissock:** Cela dépend. Les conteneurs pour le courrier envoyé par avion peuvent être très petits, et ceux utilisés pour les colis d'outre-mer peuvent être longs de 40 pieds. Prenons le cas d'un grand conteneur. Nous frayons un chemin, comme on dit. Les douaniers dégageront en enlevant les colis, le milieu du conteneur de 40 pieds et l'animal le parcourra. Auparavant, le chien aura fait le tour du conteneur. Il faut faire très attention. En effet, les vents et toute sorte de choses . . . Tout cela est très technique, car il est extrêmement important que le chien soit là avant même que l'on ait ouvert le conteneur. Les gaz et l'odeur auront été enfermés pendant si longtemps qu'il est essentiel que le chien soit là au bon moment. Si nous demandons à un chien de parcourir un conteneur long de 40 pieds et si celui-ci contient quelque chose, il ne faudra en général pas plus de cinq minutes pour que le chien le trouve, ce qui nous fait gagner beaucoup de temps et ce qui nous économise beaucoup de travail.

**Le président:** Je regrette, monsieur McKissock, mais un autre comité doit siéger dans cette même salle dans cinq minutes, et il nous faut donc partir. J'aimerais donc au nom de tous les membres du Comité vous remercier d'être venu témoigner aujourd'hui. Nous savons que vous ne serez pas loin et que si nous avons d'autres questions à vous poser nous pourrions très facilement vous demander de revenir nous rendre visite.

La séance est levée.





















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

## WITNESSES

### *Individual:*

Mr. Norman Panzica, Independent Counselor, Toronto,  
Ontario.

### *From the Department of Revenue Canada, Customs and Excise:*

Mr. W.C. McKissock, Chief, Narcotics, Interdiction and  
Intelligence Division.

## TÉMOINS

### *À titre individuel:*

M. Norman Panzica, conseiller indépendant, Toronto  
(Ontario).

### *Du ministère de Revenu Canada, douanes et accise:*

M. W.C. McKissock, chef, Stupéfiants, Division des  
renseignements et de la répression de la contrebande.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 7

Monday, February 16, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 7

Le lundi 16 février 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la*

## Santé nationale et du Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:*

Members

Gilbert Chartrand  
Sheila Copps  
Moe Mantha  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:*

Membres

Gilbert Chartrand  
Sheila Copps  
Moe Mantha  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, FEBRUARY 16, 1987  
(11)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 6:37 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Barry Turner, Howard McCurdy.

*Acting members present:* Blaine Thacker for Moe Mantha; George Baker for Sheila Copps.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Royal Canadian Mounted Police:* Sergeant Michel Pelletier, Drug Awareness and Education Program, Westmount, Quebec; *From the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission:* Mr. Howard Greenstein, Executive Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Sergeant Michel Pelletier made an opening statement and answered questions.

Mr. Howard Greenstein made an opening statement and answered questions.

At 8:35 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 16 FÉVRIER 1987  
(11)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 18 h 37, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Barry Turner, Howard McCurdy.

*Membres suppléants présents:* Blaine Thacker remplace Moe Mantha; George Baker remplace Sheila Copps.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De la Gendarmerie royale canadienne:* Sergent Michel Pelletier, Programme de sensibilisation et d'éducation sur les stupéfiants. *De la Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission:* Howard Greenstein, directeur exécutif.

Conformément au mandat que lui confie l'article 96(2) du Règlement, le Comité étudie de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'abus des drogues.

Le sergent Michel Pelletier fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

M. Howard Greenstein fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 20 h 35, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



**EVIDENCE***(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Monday, February 16, 1987

• 1837

**The Chairman:** The Chair sees a quorum to hear evidence. I call the meeting to order, therefore. The order of reference today is pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Before I call our witnesses, I would remind the committee that we hope to have a meeting in camera following our witnesses to study our future plans and that it will take a quorum of four to meet in camera.

We are happy tonight to welcome two witnesses. The first is Sergeant Michel Pelletier from the Drug Awareness and Education Program of the RCMP, and he is based in Westmount, Quebec.

As I am sure you are aware, Sgt Pelletier, we are concerned and interested in the contribution that education is going to have to make in helping to control the illicit drug problem, so we are pleased to have you here from the RCMP. I look forward to hearing your testimony. We would welcome any introductory comments from you and then some questions from the committee.

**Sergeant Michel Pelletier (Drug Awareness and Education Program, Royal Canadian Mounted Police):** Thank you very much, Mr. Chairman.

The policeman's role in society today has changed. No longer are we to be considered just a strong arm of the law, but with our knowledge of the streets, we can also assist the general public in enlightening them on all aspects of drug abuse.

One of the primary responsibilities of policemen today is to be able to recognize eventual problem areas and to initiate preventive programs to combat these problems. This was the reasoning behind launching a Drug Awareness and Education Program in the Montreal area six years ago. There was a real need for the public to get concise information on drugs of abuse, therefore drug lectures were given from primary school, grade 6 right on up to universities, parents' associations, social clubs and now even private enterprise.

Please find annexed statistics in the drug awareness program in Montreal for the last three years. I must apologize, Mr. Chairman, because these statistics were taken out of our dossiers late this afternoon and they are in French. Permit me to translate the first page.

For the year January 1985 to December 1985, the number of lectures, 472; the number of interviews with the media, either radio talk shows or television talk shows, 18; the number of people who were met during these lectures, 12,895; the

**TÉMOIGNAGES***(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le lundi 16 février 1987

**Le président:** Le président constate que nous avons le quorum. Par conséquent, j'ouvre la séance. Aujourd'hui, notre ordre de renvoi est conforme au Règlement 96(2) et porte sur l'étude de la toxicomanie dans le cadre du mandat de la Santé nationale et du Bien-être social.

Avant d'inviter nos témoins, je rappelle au Comité que nous espérons pouvoir nous réunir à huis clos après cette séance pour étudier nos projets d'avenir; pour nous réunir à huis clos, nous avons besoin d'un quorum de quatre.

Ce soir, nous avons le plaisir de souhaiter la bienvenue à deux témoins. Le premier, le sergent Michel Pelletier, du programme d'éducation de la GRC sur l'abus des drogues, qui travaille à Westmount, Québec.

Comme vous devez le savoir, sergent Pelletier, nous nous intéressons tout particulièrement à l'importance de l'éducation pour le contrôle des drogues illégales, et nous sommes heureux de vous recevoir aujourd'hui, à titre de représentant de la GRC. Nous sommes impatients d'entendre votre témoignage. Si vous avez des observations en guise d'introduction, nous les écouterons avec plaisir, puis les membres du Comité vous poseront des questions.

**Sergent Michel Pelletier (Direction du programme d'éducation de la GRC sur l'abus des drogues):** Merci beaucoup, monsieur le président.

Dans la société actuelle, le rôle du policier a changé. Nous ne sommes plus considérés comme les hommes de main de la loi, mais notre connaissance de la réalité dans les rues nous permet d'aider également le public et de l'éclairer sur tous les aspects de la toxicomanie.

Une des principales tâches de la police à l'heure actuelle est de reconnaître les problèmes possibles, et de mettre en place des programmes préventifs pour combattre ces problèmes. C'est la raison pour laquelle la GRC a mis en place il y a six ans dans la région de Montréal le programme d'éducation sur l'abus des drogues. Il existait dans le public un besoin véritable d'information sur la toxicomanie, et on décida d'organiser des conférences sur la drogue dans les écoles, à partir de la sixième année jusqu'à l'université, de même que devant les associations de parents, les clubs sociaux et, de plus en plus aujourd'hui, dans les entreprises privées.

Vous trouverez dans vos documents des statistiques sur le programme d'éducation sur l'abus des drogues à Montréal depuis trois ans. Monsieur le président, je dois m'excuser, car ces statistiques ont été recueillies dans nos dossiers cet après-midi et ne sont là qu'en français. Je vais me permettre de vous traduire la première page.

Pour l'année allant de janvier 1985 à décembre 1985, 472 conférences ont été organisées; avec les médias, programmes télédiffusés ou radiodiffusés, 18 entrevues; pendant ces conférences, nous nous sommes adressés à 12,895 personnes;

## [Texte]

number of kiosks at Police Week or *la Semaine de la jeunesse*, 11. Over 28 days, 193,000 people were met for a grand total of 500 interventions.

• 1840

The general philosophy of drug awareness and education: The Drug Awareness and Education Program should not diminish our efforts on the drug enforcement side. As a matter of fact, the two complement each other.

It is our philosophy that if the RCMP continues its efforts in repression by reducing the volume of drugs being imported into the country, through investigation on the national and the international level, and if we make the public aware of the dangers of drug abuse and encourage them to say no to drugs, therefore reducing the demand for drugs, this two-pronged attack will reduce the amount of trafficking in our country.

Why policemen?: As mentioned previously, through our knowledge of the streets, on undercover duties for example, the policeman has seen firsthand the effects of drug abuse in society. This view has not been through rose-coloured glasses of a drug user or a trafficker. Therefore, we can offer a positive role model to youth and encourage them to stay drug-free.

This is not to say, however, that no one else should intervene in drug prevention. We feel that anyone who can encourage youth to say no to drugs should and must do his or her part. This may be in the form of a teacher, a parent, a doctor or even an ex-addict. However, I personally feel that the use of an ex-addict or drug user should be carefully limited to a particular audience. For example, young offenders, juvenile delinquents or children already involved in heavy drug use.

As far as target groups are concerned:

J'aimerais ajouter qu'aux écoles primaires, notre groupe cible, à ce niveau, comprend les enfants de 10 à 14 ans, ce qui explique que nous entreprenons nos efforts de sensibilisation et d'éducation sur les drogues à l'école primaire, plus précisément en sixième année. Nous visons ainsi à préparer les enfants en vue de leur entrée au cycle secondaire.

And I emphasize "Why grade six?" It is because most children of that age are afraid to go to secondary school, thinking that everyone there uses drugs or will force them to use drugs. With the proper knowledge, identification of drugs and basic information given to them, we can encourage them to refuse these offers and join the growing number of teenagers refusing to experiment with drugs and stay drug-free.

At secondary school level: A more intensified session is offered to secondary schools as far as facts, effects and law concerning drugs. We also raise a high school student's social consciousness as to his or her role in drug prevention toward the younger students arriving at high school.

## [Traduction]

pendant la semaine de la police, ou la semaine de la jeunesse, 11 kiosques ont été organisés. Sur une période de 28 jours, 193,000 personnes ont été touchées dans le cadre de 500 interventions.

Le principe fondamental du programme d'éducation en matière de drogues: le programme d'éducation sur l'abus des drogues ne doit surtout pas ralentir nos efforts du côté de la lutte contre la drogue. En fait, ces deux aspects se complètent.

Nous pensons que si la GRC continue ses efforts de répression en réduisant la masse des importations de drogues, grâce à des enquêtes nationales et internationales, et si elle prévient le public des dangers de la toxicomanie, si elle l'encourage à dire non aux drogues, réduisant ainsi la demande, cette double attaque réduira le trafic de la drogue dans notre pays.

Pourquoi la police? Comme je l'ai dit tout à l'heure, grâce à notre connaissance des réalités de la rue, connaissance acquise, par exemple, lorsque nous sommes en mission clandestine, nous avons l'occasion de constater de nos propres yeux les effets de la toxicomanie sur la société. Notre vision n'est pas celle, déformée, du toxicomane ou du trafiquant. Par conséquent, nous pouvons offrir un modèle de comportement positif aux jeunes, les encourager à ne pas utiliser de drogue.

Toutefois, cela ne signifie pas que personne d'autre ne devrait intervenir dans la prévention des drogues. Nous pensons que n'importe qui peut encourager les jeunes à se tenir à l'écart des drogues, que tout le monde peut et doit jouer son rôle. Il peut s'agir d'un enseignant, d'un parent, d'un médecin, ou même d'un ancien toxicomane. Toutefois, je pense personnellement que l'on devrait faire appel à d'anciens toxicomanes uniquement dans le cas de certains auditoires. Par exemple, les jeunes délinquants, les délinquants juvéniles ou les enfants qui sont déjà des toxicomanes.

Quant aux groupes cibles:

I should like to add that at the level of primary schools, our target group are children 10 to 14 years old. This explains why we start our education program in primary school, and more specifically in the sixth grade. We are thus preparing the children who are about to enter secondary school.

Et j'insiste: «Pourquoi la sixième année?». C'est parce que la plupart des enfants de cet âge-là ont peur d'aller à l'école secondaire, pensent que tout le monde se drogue ou qu'on les forcera à prendre de la drogue. Si nous leur donnons les connaissances nécessaires, si nous leur donnons les moyens d'identifier les drogues, nous pouvons les encourager à refuser ces offres, à se joindre au nombre croissant d'adolescents qui refusent de se livrer à ce genre d'expérience, qui ont pris la décision de ne pas prendre de drogue.

Au niveau secondaire, une séance plus intense de sensibilisation est offerte; on fournit aux enfants des faits et des informations sur les effets et sur les lois qui régissent les drogues. Nous sensibilisons également les étudiants du secondaire au rôle



## [Text]

Parent associations: Parents' concerns and needs are much different. Beside the fact of street drugs, their interest is in the identification of the drugs, paraphernalia and signs of drug use in the family unit. Abuse of prescription drugs and/or alcohol, as a crutch in today's pressure-packed society, is raised with them as well as their role as examples to their children.

University students: These lectures are usually given to specific groups. For example, medical students or students studying pharmacy or law. These lectures will better prepare them for dealing with such problems as double doctoring, false prescriptions and ways and means a drug addict can con the pharmacist or doctor into prescribing drugs.

Private enterprise: With all the publicity and concerns of drug testing,

la plupart des grandes entreprises hésitent à adopter un programme de dépistage à cause des droits et libertés ou à cause de l'opposition des syndicats.

Les dirigeants de ces entreprises considèrent toutefois notre programme de sensibilisation et d'éducation sur les drogues comme un premier pas vers la reconnaissance, chez les employeurs autant que chez les employés, du problème de la consommation des stupéfiants au travail.

Employer awareness of drug use on the job is a major factor in the economy. These are real concerns, especially in security on the job and loss of productivity.

• 1845

Assistance to government and other agencies: Customs officers; prison guards; parole boards; PRIDE, which is the Parents Resources Institute for Drug Education. Our assistance is offered to these groups as resource persons in identifying and recognizing drugs and their use as well as methods of concealment.

Athletes and drug awareness and education: The number one reason why youth initially get involved in drugs remains peer pressure. To combat this we have initiated a program involving professional athletes. The program is a step-by-step procedure in drug prevention and awareness. Lectures are given to the NHL, CFL, and junior hockey leagues, describing the effects and identification of drugs and the legal consequences. The latter is extremely important to these athletes as their work avails them in crossing the U.S.-Canadian border. Once the athletes have been made aware of the drug situation, many feel a personal responsibility as athletes to help in our drug awareness program. As professional athletes, being a positive role model for youth is part of the territory that comes with the fame.

## [Translation]

social qu'ils doivent jouer envers les plus jeunes qui arrivent à l'école secondaire.

Associations de parents: les besoins et les préoccupations des parents sont deux choses bien différentes. En plus de faits sur les drogues dans les rues, les parents ont besoin d'identifier les drogues, le matériel qui accompagne la consommation de drogues et les signes de toxicomanie parmi les membres de leur famille. L'abus de médicaments d'ordonnance et/ou d'alcool dans notre société où les pressions exercées sur les individus sont de plus en plus considérables est également un sujet de discussion avec les parents, de même que l'exemple qu'ils doivent donner à leurs enfants.

Les étudiants d'université: les conférences que nous leur présentons s'adressent d'habitude à des groupes précis: étudiants en médecine, en pharmacologie, en droit, et cetera, dans le but de les initier au problème de l'obtention d'ordonnances multiples ou de l'usage de fausses ordonnances, et de les informer sur les moyens qu'utilisent les drogués pour obtenir des drogues auprès des pharmaciens ou des médecins.

Secteur privé: en raison des remous et des inquiétudes soulevés par le problème du dépistage de l'usage de drogues,

most corporations are reticent in implementing a drug testing program either because of human rights or opposition from unions.

They, therefore, see the drug awareness and education as a preliminary step in their needs to make employer and employee aware of drug use on the job.

La consommation de stupéfiants au travail est un problème qui menace sérieusement l'économie, puisqu'il touche directement les aspects de la sécurité au travail et de la productivité.

L'assistance aux autres ministères et organismes: douaniers, gardiens de prison, commissions des libérations conditionnelles, PRIDE, c'est-à-dire le *Parents Resources Institute for Drug Education*, l'Institut de soutien aux parents pour l'éducation en matière de drogue, à tous ces groupes, nous offrons notre aide et nos ressources pour l'identification des drogues, l'utilisation et les méthodes de dissimulation.

Les athlètes et les programmes de sensibilisation: la raison première qui pousse les jeunes à essayer de la drogue provient de la pression qu'exercent sur eux leurs mauvais compagnons. Pour lutter contre cette influence néfaste, nous avons lancé un programme de lutte anti-drogue qui fait appel aux athlètes professionnels. Il s'agit d'un programme en plusieurs phases de prévention et de sensibilisation qui a d'abord consisté à offrir des conférences aux joueurs et dirigeants de la Ligue nationale de hockey, de la Ligue canadienne de football et de diverses ligues de hockey junior au Canada, dans le but de décrire les drogues, leurs effets et les conséquences judiciaires de la consommation de drogue. Ce dernier aspect revêt une importance capitale pour les athlètes, puisque leur travail les oblige à franchir très fréquemment la frontière canado-américaine. Dès qu'ils prennent connaissance du fléau de la drogue, plusieurs



## [Texte]

The athletes are carefully selected and part of the criteria is that they be drug free. We feel that an athlete who has used drugs may be able to encourage a drug user to stop, that the drug-free athlete will encourage the greater population of youth who are in the balance of experimenting or not with drugs. If they follow the athletes example and say, no, they, too, will live to their fullest potential. The athletes are trained in public speaking; however, we do not attempt to make drug experts of them. They are simply asked to assist the police officer in his presentation by giving a personal testimony, telling why they supports the program, or why he did not succumb to the temptation of peer pressure and drug use.

All of these athletes have volunteered their services free of charge. They give a lot of their time to this program.

Some of the equipment that is used during these drug talks will be shown following my testimony—kiosk, drug samples, posters, pamphlets that are given by National Health and Welfare Canada, and video commercials.

Problem areas and recommendations: Drug prevention is not just the RCMP's responsibility, but all of us in society. We must all put forth a concerted effort if we are to succeed in this important endeavour. It is with this in mind that I respectfully bring to your attention these proposals, with the hope that this committee can make pertinent recommendations in this regard. Even with all our efforts in drug awareness and education, youth today still think that possession of drugs for their own personal consumption is legal. This may have been brought on by talks in the past of decriminalizing possession of drugs. This has given a mixed message to youth, that drugs are okay, and traffickers have thrived on this aspect by promoting that thinking.

A major concern to parents and youth, which we have addressed, expressed the need to outlaw paraphernalia sales. Simply stated, that if it is illegal to use drugs, why can we promote the sale of the tools to use them? Over 30 states in the United States have implemented legislation to restrict and forbid the sale of such equipment.

Public service messages produced for TV with the co-operation of league management, players, and television networks seem to hit a snag when it comes to airing these same messages. CRTC regulations seem to be a major stumbling block. Possibly the Minister of Communications could be an asset by intervening, so that these messages could be aired in all major markets. Then Canadian youth will be the winner.

## [Traduction]

athlètes éprouvent l'obligation morale de prendre part à notre programme de sensibilisation, puisque le rôle même d'athlète professionnel et leur réputation exigent à leurs yeux qu'ils servent de bon exemple pour la jeunesse.

Ces athlètes sont sélectionnés avec soin, l'un des critères étant qu'ils n'aient jamais consommé de drogue. Nous estimons en effet qu'un athlète qui a déjà fait usage de drogue peut convaincre un toxicomane d'arrêter, mais qu'un athlète qui n'a jamais pris de drogue exercera une influence bénéfique sur ce segment beaucoup plus large de la jeunesse qui hésite à essayer la drogue. Si ces jeunes suivent l'exemple des athlètes qui disent «non» à la drogue, eux aussi profiteront à fond de tout leur potentiel. Les athlètes professionnels ont pour la plupart appris à s'exprimer en public, mais nous n'avons pas l'intention d'en faire des experts en matière de stupéfiants. On leur demande tout simplement d'aider le policier conférencier en apportant leur témoignage personnel, décrivant pourquoi ils appuient notre programme et pourquoi ils n'ont jamais cédé à la pression ni succombé à la tentation de la drogue.

Tous les athlètes offrent leurs services gratuitement et ils consacrent beaucoup de temps à ce programme.

Une partie du matériel utilisé pendant ces causeries vous sera montrée après mon exposé: kiosques d'exposition, échantillons de drogue, affiches, dépliants de la Santé nationale et du Bien-être social, et messages vidéo.

Problèmes et recommandations: la prévention anti-drogue ne relève pas uniquement de la GRC, c'est un problème social. Nous devons tous faire des efforts concertés si nous voulons que cette entreprise soit couronnée de succès. Dans ce but, je me permets très respectueusement de vous soumettre quelques propositions, dans l'espoir que le Comité fera les recommandations appropriées. Malgré tous nos efforts dans le cadre du programme de sensibilisation et d'éducation, les jeunes pensent encore que la possession de drogue à des fins personnelles est légale. Cette impression peut être le résultat de discussions sur la décriminalisation de la possession de drogue. En fait, cette confusion donne à penser à notre jeunesse que la drogue n'est pas si nocive, et les trafiquants en ont profité pour faire valoir leur point de vue.

L'une des principales préoccupations des parents et des enfants auxquels nous avons présenté des conférences visait l'interdiction de la vente de l'«attirail du drogué». En fait, on vous dit: «S'il est interdit de consommer de la drogue, comment se fait-il qu'on puisse faire de la publicité pour les instruments qui permettent de consommer cette drogue?». Plus de 30 États américains ont adopté des mesures législatives visant à restreindre ou à interdire la vente de ces articles.

Les messages d'intérêt public produits pour la télévision en collaboration avec les dirigeants sportifs, les joueurs et les réseaux de télévision semblent souvent bloqués lorsque vient le temps de les diffuser. En fait, certaines restrictions du CRTC semblent empêcher leur diffusion, et nous nous demandons si le ministre des Communications ne pourrait pas intervenir pour assurer leur diffusion dans tous les milieux, pour le plus grand bien de la jeunesse canadienne.

*[Text]*

The athletes' program should be expanded to amateur olympic athletes. First, we must give them the information sessions, and then they should be included in our awareness and education program aimed at Canadian youth.

Concerned RCMP commanding officers in various divisions have already deployed permanent positions for drug awareness and education in Vancouver, Toronto, Ottawa, Montreal, Quebec and Halifax. More positions and money for training and equipment will be needed to enhance our already successful program.

In conclusion, I firmly believe drug awareness and education are necessary, so that the person we prevent from using drugs today will definitely not become one of our tragic criminal statistics in drug enforcement tomorrow.

If you permit me now, I would like to demonstrate some of the equipment and posters that we use in our program.

First, Mr. Chairman, I would like to show you a copy of the kiosk that we show during Crime Prevention Week.

• 1850

Also, during our drug lectures and seminars, because of our status as policemen, we were able to show children, students, the actual drug samples; and parents, so they could identify these samples. At times, parents are wary of us showing samples to children, thinking it may encourage the students to use drugs. But again, we feel that is a necessary evil, because it is better that we have a competent person to show them what the drugs really look like and what the effects are than to have somebody in a subway station, a park, trying to convince them to use some of these drugs.

When we make our statements and we talk of quality control, there again, when a young person says it is 80% cocaine, what if a person of this stature came to him at a high school and offered him 80% cocaine? How would he know it is 80%? He would not know.

This is a picture of myself when I worked undercover. I show the students that; and I show them that for three reasons. I show them if a person looks like this and knows a lot about drugs, maybe he is a real pusher willing to put almost anything into his drugs to take advantage of them or their money. Secondly, I show them that picture to encourage them to say no to drugs. If Michel Pelletier worked undercover with the worst pushers in North America for a period of six years and never had to use drugs, they certainly can get through high school without drugs. Last but not least, with a person who does not understand that message, you also try to tell him that

*[Translation]*

Le programme de sensibilisation qui fait appel aux athlètes devrait s'étendre aux athlètes amateurs de niveau olympique. Là encore, il faudrait leur offrir des séances d'information, puis les intégrer à notre programme de sensibilisation et d'éducation visant les jeunes Canadiens.

Les commandants divisionnaires de plusieurs divisions de la GRC ont affecté des postes permanents au programme de sensibilisation et d'éducation à Vancouver, Toronto, Ottawa, Montréal, Québec et Halifax. Nous aurons cependant besoin de postes et de fonds supplémentaires pour offrir la formation et obtenir le matériel requis pour l'expansion d'un programme d'ores et déjà couronné de succès.

En conclusion, je suis convaincu que le programme de sensibilisation et d'éducation sur les drogues est essentiel pour assurer que la personne que nous parviendrons à convaincre de ne pas consommer de drogue aujourd'hui ne fera pas dès demain partie des cruelles statistiques de la répression anti-drogue.

Si vous me le permettez, je vais maintenant vous montrer comment fonctionne le matériel et les affiches dont nous nous servons dans notre programme.

Premièrement, monsieur le président, je vais vous montrer un des kiosques que nous installons pendant la semaine de prévention du crime.

De même, pendant nos exposés sur la drogue, pendant nos séminaires, comme nous sommes des policiers, nous pouvons montrer aux enfants, aux étudiants, des échantillons de vraies drogues, et nous en montrons également aux parents, pour qu'ils puissent les identifier. Certains parents n'aiment pas beaucoup que nous montrions des échantillons aux enfants, craignant que cela ne les encourage à utiliser des drogues. Mais encore une fois, nous pensons que c'est un mal nécessaire, car il vaut mieux que ce soit une personne compétente qui leur montre à quoi la drogue ressemble, qui leur en explique les effets, plutôt qu'un inconnu dans une station de métro, dans un parc, qui essaie en même temps de les convaincre d'essayer.

Lorsque nous faisons nos exposés, lorsque nous parlons de contrôle de la qualité, encore une fois, quand un jeune prétend que c'est de la cocaïne pure à 80 p. 100, que se produirait-il si quelqu'un, à l'école, venait lui offrir de la cocaïne pure à 80 p. 100? Comment pourrait-il savoir qu'elle est pure à 80 p. 100? Il n'en saurait rien.

Voilà une photographie de moi pendant une mission clandestine. Je la montre aux étudiants, et si je le fais, c'est pour trois raisons. Je leur montre et je leur explique qu'une personne qui ressemble à ça et qui en sait beaucoup sur les drogues peut être un véritable trafiquant, prêt à leur vendre n'importe quoi pour profiter d'eux ou de leur argent. Deuxièmement, je leur montre cette photographie pour les encourager à dire non quand on leur propose des drogues. Si Michel Pelletier a réussi à travailler clandestinement parmi les pires trafiquants d'Amérique du Nord pendant six ans, sans jamais devoir utiliser de drogues, de leur côté, ils devraient pouvoir aller jusqu'au bout de l'école secondaire sans utiliser de drogue



## [Texte]

if they were to sell drugs to a person like this, he might have to do some time in prison.

The pamphlets we use are from Health and Welfare. We find them very advantageous and very informative for parents: *Stay Real* and *Straight Facts About Drugs*.

About video commercials, if you will permit me, I will show you the commercials that were made with the complete co-operation of the National Hockey League and the Canadian Football League. As I said before, these athletes have not only given of their time, as far as the commercials are concerned, but have also followed us to schools to encourage kids not to use drugs.

## [Video Presentation]

**Sgt Pelletier:** There are maybe half a dozen commercials they show.

• 1855

## [Video Presentation]

**Sgt Pelletier:** As you can see, with the athletes helping us out, I think we have a tremendous influence on young people today.

**The Chairman:** Sergeant Pelletier, thank you for giving us this testimony, which is very helpful indeed. I am sure the committee will have some questions to put to you now.

• 1900

Dr. McCurdy, would you like to lead off? Then we will hear from Mr. Baker and Mr. Turner.

**Mr. McCurdy:** Thank you very much for appearing before the committee and telling us about your activities. You were undercover for how long?

**Sgt Pelletier:** For a period of six years on and off.

**Mr. McCurdy:** Where was this? In Montreal?

**Sgt Pelletier:** Prince Edward Island, Montreal, Vancouver and some cities in the United States.

**Mr. McCurdy:** In the United States?

**Sgt Pelletier:** Yes.

**Mr. McCurdy:** You make reference to the need to outlaw paraphernalia. What do you mean? What kind of paraphernalia?

**Sgt Pelletier:** When we look at the head shops in downtown Yonge Street in Toronto, Montreal, and even in smaller communities now. I was out in Saskatoon last May, the PRIDE Conference, and you are able to walk into a head shop—and I am thinking of one particularly in Montreal on St. Catherine Street—and literally buy all the accessories you need to either mix drugs, cut drugs or smoke drugs. Parents themselves, and even the children, ask us why they are allowed to sell these things.

## [Traduction]

non plus. Enfin, et ce n'est pas la moindre raison, lorsqu'une personne ne comprend pas ce message, on peut toujours essayer de lui expliquer que si jamais elle essayait de vendre des drogues à quelqu'un comme ça, elle risquerait d'aboutir en prison pendant un certain temps.

Les brochures que nous utilisons ont été préparées par Santé et Bien-être Canada. Nous les trouvons excellentes pour les parents; elles s'intitulent: *Vive moi-même* et *Faits et méfaits des stupéfiants*.

Quant aux publicités magnétoscopiques, si vous le permettez, je vais vous montrer les films qui ont été préparés avec la coopération entière de la Ligue nationale de hockey et de la Ligue canadienne de football. Comme je l'ai dit, ces athlètes ont offert non seulement leur temps pour préparer ces films, mais ils nous ont suivis dans les écoles pour encourager les enfants à ne pas utiliser de drogue.

## [Exposé magnétoscopique]

**Sgt Pelletier:** Il y a peut-être une demi-douzaine de films publicitaires.

## [Exposé magnétoscopique]

**Sgt Pelletier:** Comme vous le constatez, avec l'aide des athlètes, nous avons, à mon avis, une influence considérable sur les jeunes.

**Le président:** Sergent Pelletier, merci beaucoup pour votre témoignage, qui va beaucoup nous aider. Je suis certain que les membres du Comité auront des questions à vous poser.

Monsieur McCurdy, vous voulez commencer? Nous écouterons ensuite M. Baker et M. Turner.

**M. McCurdy:** Merci beaucoup d'être venu et d'avoir accepté de nous parler de vos activités. Vous avez été en mission clandestine pendant combien de temps?

**Sgt Pelletier:** Pendant six ans, mais pas en permanence.

**M. McCurdy:** A quel endroit? A Montréal?

**Sgt Pelletier:** A l'Île-du-Prince-Édouard, Montréal, Vancouver, et dans plusieurs villes américaines.

**M. McCurdy:** Aux États-Unis?

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. McCurdy:** Vous parlez de la nécessité d'interdire la vente de «l'attirail du drogué». Que voulez-vous dire? Quel genre d'attirail?

**Sgt Pelletier:** Pensez aux magasins spécialisés du centre-ville de Toronto, rue Yonge, à ceux de Montréal, et même de plus petites villes maintenant. En mai dernier, j'étais à Saskatoon, où j'assistais à la Conférence PRIDE, et j'ai constaté qu'on pouvait entrer dans un magasin—et je pense à un magasin en particulier à Montréal, rue Sainte-Catherine—et acheter littéralement tous les accessoires dont on a besoin pour mélanger des drogues, les découper ou les fumer. Les



*[Text]*

**Mr. McCurdy:** What in particular? What kinds of things?

**Sgt Pelletier:** Pipes to smoke hash or—

**Mr. McCurdy:** Would they also be used to smoke tobacco?

**Sgt Pelletier:** Not commonly used to smoke tobacco at all. They normally—

**Mr. McCurdy:** Do you mean water pipes?

**Sgt Pelletier:** Water pipes and also pocket pipes.

**Mr. McCurdy:** Water pipes are used to smoke tobacco in the Middle East.

**Sgt Pelletier:** Yes, but not normally in our community in Canada.

**Mr. McCurdy:** But are we to stop the sale of water pipes in order to keep people from smoking, what, hash?

**Sgt Pelletier:** Yes. Yes, I think that would be a step in the right direction.

**Mr. McCurdy:** To outlaw something that has more than one use?

**Sgt Pelletier:** There again, it has more than one use, but it is being used here in Canada basically to smoke drugs.

**Mr. McCurdy:** Would you outlaw the sale of cigarette papers?

**Sgt Pelletier:** No, I guess we would not be able to outlaw the sale of cigarette paper.

**Mr. McCurdy:** What about hypodermic needles?

**Sgt Pelletier:** No, you would not be able to outlaw those either.

**Mr. McCurdy:** But are hypodermic needles probably the most dangerous piece of paraphernalia?

**Sgt Pelletier:** You are right. Maybe consideration could be given to prescribing them, needles that you get in a pharmacy.

**Mr. McCurdy:** How would you do that if it is illegal to be taking drugs? Of course, one of the things going on in the United States right now is an effort to make hypodermic needles and syringes more easily available in sterile form, disposable form, as one means of preventing the transmission of AIDS by that vehicle. I will be quite frank with you, I see great difficulties in the outlawing of paraphernalia unless you can be very, very specific about what kinds of paraphernalia you are going to outlaw. I have difficulties, in order to limit one class of people, imposing restrictions that affect the freedoms of others who are not involved in any illegal activity whatever.

One gets the impression . . . I got the message by inference in some of the things you have said that drug abusers, by virtue of being drug abusers, have more frequent encounters with the police. Was that the right inference?

*[Translation]*

parents eux-mêmes, et même les enfants, nous demandent pourquoi on autorise ces magasins à vendre ces articles.

**M. McCurdy:** Quoi en particulier? Quel genre de choses?

**Sgt Pelletier:** Des pipes pour fumer du haschich, ou bien . . .

**M. McCurdy:** Ne peut-on les utiliser également pour fumer du tabac?

**Sgt Pelletier:** Elles ne sont pas du tout utilisées fréquemment pour le tabac. Normalement . . .

**M. McCurdy:** Vous voulez dire des pipes à eau?

**Sgt Pelletier:** Des pipes à eau et également des pipes de poche.

**M. McCurdy:** Au Moyen-Orient, on fume du tabac avec des pipes à eau.

**Sgt Pelletier:** Oui, mais ce n'est pas courant au Canada.

**M. McCurdy:** Mais faut-il empêcher la vente des pipes à eau pour empêcher les gens de fumer, de quoi s'agit-il, du haschich?

**Sgt Pelletier:** Oui. Oui, je crois que ce serait un pas dans la bonne direction.

**M. McCurdy:** Autrement dit, rendre illégal quelque chose qui a plus d'une utilisation?

**Sgt Pelletier:** Encore une fois, cela a plus d'une utilisation, mais au Canada, on s'en sert surtout pour fumer des drogues.

**M. McCurdy:** Est-ce que vous voulez interdire la vente du papier à cigarette?

**Sgt Pelletier:** Non, je pense que nous ne pourrions pas interdire la vente du papier à cigarette.

**M. McCurdy:** Et les seringues hypodermiques?

**Sgt Pelletier:** Non, on ne pourrait pas les interdire non plus.

**M. McCurdy:** Mais est-ce que les seringues hypodermiques ne sont pas les éléments les plus dangereux de l'attirail?

**Sgt Pelletier:** Vous avez raison. On pourrait envisager de les vendre sur ordonnance, de les vendre en pharmacie.

**M. McCurdy:** Comment feriez-vous, puisqu'il est illégal de consommer des drogues? Bien sûr, on sait qu'aux États-Unis, à l'heure actuelle, on essaie d'offrir en vente plus libre les seringues hypodermiques stériles, jetables, pour éviter la transmission du SIDA par cette voie-là. Je serai franc avec vous: je vois mal comment on pourrait interdire la vente de cet attirail, à moins de préciser avec beaucoup de soin de quel attirail il s'agit. A mon avis, pour atteindre une catégorie de gens, il est très difficile d'imposer des restrictions qui touchent aux libertés de beaucoup d'autres gens qui ne se livrent à aucune activité illégale.

On a l'impression . . . D'après certaines choses que vous avez faites, j'ai eu l'impression que les toxicomanes, en leur qualité de toxicomanes, ont des contacts plus fréquents avec la police. Est-ce que cette impression est justifiée?

[Texte]

**Sgt Pelletier:** I do not believe so.

**Mr. McCurdy:** Or that policemen come in contact with drug abusers more than society in general.

**Sgt Pelletier:** That policemen come in contact with—

**Mr. McCurdy:** Yes.

**Sgt Pelletier:** No. I was referring to the experience of having worked undercover and seen drug use on the streets. That is what I was referring to, not necessarily that drug users—

**Mr. McCurdy:** The question I wanted to ask, really, is on the street. What do you think is more likely, that they are on the street because they use drugs or they use drugs because they are on the street?

**Sgt Pelletier:** It depends on what kind of user. If you are talking about a heroin addict, a lot of times they are on the street because they are using drugs. They simply do not have the money.

• 1905

**Mr. McCurdy:** In the main, what would you say about the people most likely to abuse a host and a variety of drugs?

**Sgt Pelletier:** Well, we could have anybody in the population. Between the ages of 18 to 35 or 40 I guess would be a common age where a variety of drugs could be used.

**Mr. McCurdy:** In your undercover work and in these encounters, which do you come across in larger proportion? Nice, middle-class, urban, happily-employed people or people who are unemployed, poor, and who for one reason or another are on the street?

**Sgt Pelletier:** I think in today's society, all classes of people and moneys and religions could be involved in drugs. It cannot be specifically identified to one group.

**Mr. McCurdy:** When you are working undercover, which would you most likely be involved with?

**Sgt Pelletier:** Well, I worked undercover on different levels of traffickers, whether it be the common user right up to the international trafficker.

**Mr. McCurdy:** So you are not really that much involved with the ordinary user. You say, more often traffickers; is that the kind of thing you get involved with undercover?

**Sgt Pelletier:** When I worked undercover, I worked undercover in Vancouver as far as heroin at the gram and the ounce level. When it came to cocaine, I did some undercover duties even at the international level, buying at the kilo level. When I worked undercover in Prince Edward Island, I was buying dimes of hash and LSD.

**Mr. McCurdy:** Yes. The record is pretty clear in the States that the chief sources, the chief users, the greatest proportion of addiction is in the black core portions of the city among the

[Traduction]

**Sgt Pelletier:** Je ne le crois pas.

**M. McCurdy:** Ou bien que la police a des contacts plus fréquents avec les toxicomanes qu'avec le reste de la société.

**Sgt Pelletier:** Le fait que la police soit plus souvent en contact...

**M. McCurdy:** Oui.

**Sgt Pelletier:** Non. Je voulais parler de mon expérience en mission clandestine, et c'est à ce moment-là que j'ai vu directement le problème de la toxicomanie. C'est à cela que je faisais allusion, et pas forcément au fait...

**M. McCurdy:** Je vous parle de la situation dans les rues. A votre avis, sont-ils dans les rues parce qu'ils sont toxicomanes, ou bien sont-ils toxicomanes parce qu'ils sont dans les rues?

**Sgt Pelletier:** Cela dépend des gens. Lorsqu'il s'agit d'un héroïnomanes, très souvent, s'il est dans la rue, c'est parce qu'il se drogue. Bref, il n'a pas d'argent.

**M. McCurdy:** Dans l'ensemble, quels sont les gens qui sont le plus susceptibles de consommer tout un éventail de drogues?

**Sgt Pelletier:** Cela pourrait être n'importe qui dans la population. Entre 18 et 35 ou 40 ans, c'est à ces âges-là qu'on utilise des drogues variées.

**M. McCurdy:** Lorsque vous étiez en mission et que vous avez rencontré ces gens-là, quels étaient les cas les plus fréquents? Des gens de la classe moyenne, présentant bien, habitant la ville, ayant un bon emploi, ou bien des gens au chômage, pauvres, qui, pour une raison ou pour une autre, sont dans les rues?

**Sgt Pelletier:** Dans la société actuelle, toutes sortes de gens, dans toutes sortes de circonstances financières ou religieuses. Cela n'est pas réservé à un groupe spécifique.

**M. McCurdy:** Lorsque vous êtes en mission, quelle sorte de gens voyez-vous le plus souvent?

**Sgt Pelletier:** Je me suis occupé du trafic à différents niveaux, selon les moments, et cela allait du toxicomane simple au trafiquant international.

**M. McCurdy:** Autrement dit, vous ne connaissez pas tellement mieux le toxicomane ordinaire. Vous dites que vous avez eu plus de contacts avec des trafiquants; c'est avec ces gens-là que vous traitez lorsque vous êtes en mission?

**Sgt Pelletier:** Lorsque j'étais en mission, je travaillais à Vancouver parmi des gens qui trafiquaient de l'héroïne au gramme et à l'once à la fois. Quant à la cocaïne, je m'en suis occupé au niveau international, le trafic au kilo. Lorsque j'étais à l'Île-du-Prince-Édouard, j'achetais pour 10\$ de haschich et de LSD.

**M. McCurdy:** Oui. De toute évidence, les principales sources sont aux États-Unis, les principaux toxicomanes, et les principaux noyaux de toxicomanie se trouvent dans les centre-

[Text]

poor, among the unemployed and among the deprived in society. Do you find the same thing here?

**Sgt Pelletier:** No. No, if I look at Montreal, for instance, and the deprived areas of Montreal, those people might not be able to afford, for instance, cocaine. In the upper middle-class and upper-class society, they can afford heroin or cocaine.

**Mr. McCurdy:** Of course, this leads to another question. In the States, the reason why the President has suddenly decided it was an epidemic is because the heroin addicts and the cocaine users and the crack users needed money to support their habits and probably the bulk, the vast majority of armed robberies, break-ins and the like in the City of Detroit are attributable to addicts who are trying to support their habit. Do we have a similar problem here?

**Sgt Pelletier:** I think if you looked in suburban Montreal again, the local police attribute breaking into homes as far as narcotics are concerned to steal a VHS or colour TV to be able to buy drugs. Yes, that is seen also in Canada.

**Mr. McCurdy:** Is that in itself a major problem?

**Sgt Pelletier:** Other crimes related to drugs? Yes.

**Mr. McCurdy:** I do not mean the trafficking itself and the component of that involving heavy, heavy criminals and so on, but I mean the petty user who has to support his habit is a big problem in the States, it is a major problem in the States. It is in fact what made it important that there was an epidemic. My question is whether there is a similar problem in the urban portions of Canada.

**Sgt Pelletier:** I believe so. Just this morning in the French paper, *Le Journal de Montréal*, they showed that one-third of the adult population in the Province of Quebec had used drugs.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** *Le Droit*.

**Sgt Pelletier:** Yes, and also *Le Journal de Montréal*.

**Mr. McCurdy:** One-third of the population had used—

**Sgt Pelletier:** —of the adult population had used drugs.

**Mr. McCurdy:** What does that mean?

**Sgt Pelletier:** I would consider that a very sizeable number of people who have experimented or used drugs.

**Mr. McCurdy:** Yes, but it is not an especially surprising number. I thought there were statistics not very long that showed almost an equal proportion of people who had experimented with that, this or the other drug, particularly hash and marijuana.

Now, when you say one-third of the population of Quebec used drugs, what are we talking about? I think it is very important to make the distinction among cocaine, heroin and marijuana or even alcohol.

[Translation]

ville noire et pauvres, là où sont les chômeurs, les perdants de la société. Est-ce que c'est la même chose ici?

**Sgt Pelletier:** Non. Non, si je prends Montréal, par exemple, dans les quartiers pauvres de Montréal, il y a bien du monde qui n'a pas les moyens de se payer de la cocaïne. Ce sont dans les classes moyenne et supérieure de la société qu'on a les moyens d'acheter de la cocaïne ou de l'héroïne.

**M. McCurdy:** Bien sûr, cela m'amène à une autre question. Aux États-Unis, si le président a soudainement décidé qu'il y avait une épidémie, c'est parce que les héroïnomanes et les cocaïnomanes et les consommateurs de crack avaient besoin d'argent pour acheter leurs drogues, et que la majeure partie, la grande majorité des vols à main armée, des vols avec effraction, dans des villes comme Detroit, sont attribuables à des drogués qui ont besoin d'argent pour acheter de la drogue. Est-ce que nous avons ce problème ici aussi?

**Sgt Pelletier:** Si vous reprenez l'exemple de la banlieue de Montréal, la police locale pense que très souvent, les vols domiciliaires de magnétoscopes ou de télévisions couleur sont le fait de gens qui ont besoin d'acheter des drogues. Effectivement, on constate cela au Canada aussi.

**M. McCurdy:** Est-ce que c'est un grand problème en soi?

**Sgt Pelletier:** La criminalité liée à la drogue? Oui.

**M. McCurdy:** Je ne parle pas du trafic proprement dit, de la criminalité sur une grande échelle, etc., mais du petit toxicomane; aux États-Unis, c'est un problème considérable. C'est à cause de cela qu'on a décrété qu'il s'agissait d'une épidémie. J'aimerais savoir si dans les régions urbaines du Canada, c'est la même chose.

**Sgt Pelletier:** Je le crois. Ce matin encore, dans *Le Journal de Montréal*, on lisait qu'un tiers de la population adulte du Québec avait fait usage de drogues.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** *Le Droit*.

**Sgt Pelletier:** Oui, et dans *Le Journal de Montréal* aussi.

**M. McCurdy:** Un tiers de la population a fait usage...

**Sgt Pelletier:** ... de la population adulte a fait usage de drogues.

**M. McCurdy:** Qu'est-ce que cela veut dire?

**Sgt Pelletier:** J'imagine qu'une proportion très importante des gens a consommé ou fait l'expérience de la drogue.

**M. McCurdy:** Oui, mais ce n'est pas particulièrement surprenant. Il n'y a pas si longtemps, on avait déjà des statistiques qui démontraient que presque autant de gens avaient fait l'expérience de telle ou telle drogue, en particulier le haschich et la marijuana.

Maintenant, vous nous dites qu'un tiers de la population du Québec a fait usage de drogues; de quoi s'agit-il? A mon avis, il faut faire une distinction entre la cocaïne, l'héroïne, la marijuana, ou même l'alcool.



[Texte]

[Traduction]

• 1910

**Sgt Pelletier:** As I say, I do not have that document in front of me. Another member of the committee seems to have that document. It is important, whether it be a—

**Mr. McCurdy:** It is important. The sort of thing that has caused us most concern in terms of what I was asking you is that the frequency of addicts supporting their habits through criminal activity relates very closely to the notion of people using marijuana, for example. I am trying to key in to the notion of use of addictive drugs—the serious heavy drugs—and to what extent this has grown to epidemic proportions, including the kinds of social pathologies that one sees in urban United States. I am just trying to get some comparison between the two from your experience.

**Sgt Pelletier:** It is difficult for me to make those comparisons, because I do not have the statistics at hand to show you that. However, from dealing with other police agencies, especially in suburban areas, there is a high increase of break and entry in homes. It is not necessarily drug addicts as referred to heroin, or even cocaine, but hash users, or whatever.

**The Chairman:** Dr. McCurdy, I think we had better call this part of your questioning off and come back to you again.

**Mr. Baker,** would you like to take over?

**Mr. Baker:** Thank you, Mr. Chairman. First of all, I would like to congratulate Sgt Pelletier on a very excellent presentation. When this is prepared and printed up, it will certainly be read by people who are interested in this particular subject.

I want to go back to what you were saying about the sale of equipment. As I understand what you have said, in the United States they have implemented legislation to restrict the sale of the equipment, and I know what equipment you are talking about. In other words, you are concerned that somebody can walk along the street and see all this material in the window, and obviously it is not for smoking tobacco; it is quite obvious what it is for. Is what you are saying, look, you put it on public display and that might in itself say to the youth of Canada that it is okay to use this stuff for what it was intended to be used for? Is that it?

**Sgt Pelletier:** Yes, I think it does give a mixed message. Maybe I should give an example of this particular head shop I am thinking about.

**Mr. Baker:** A head shop, what is that?

**Sgt Pelletier:** A head shop to me means a shop that sells solely paraphanelia for drug use; nothing else is sold in there. It could be T-shirts; it could also be posters. There again, there is nothing illegal. But then when we look at laws for pornography—well, that is another form of pornography if you want to look at in a broad sense.

**Sgt Pelletier:** Comme je l'ai dit, je n'ai pas ce document sous les yeux. Apparemment, c'est un autre membre du Comité qui l'a. C'est important, qu'il s'agisse de . . .

**M. McCurdy:** C'est important. Une des choses qui nous posent le plus de problèmes, et c'est la raison pour laquelle je vous en ai parlé, c'est le nombre de toxicomanes qui achètent leurs drogues grâce aux produits d'activités criminelles; dans l'esprit des gens, il y a un rapport très étroit avec la consommation de marijuana, par exemple. J'essaie d'introduire la notion de drogues avec effet d'accoutumance, les drogues vraiment graves, et dans quelle mesure cet aspect-là atteint des proportions épidémiques, dans quelle mesure on assiste à une pathologie sociale comme dans les centres urbains américains. J'aimerais que vous compariez les deux en vous appuyant sur votre expérience.

**Sgt Pelletier:** J'ai du mal à faire ces comparaisons, car je n'ai pas les statistiques sous la main. Toutefois, dans mes rapports avec d'autres organismes policiers, en particulier dans les banlieues, j'ai pu constater qu'il y avait une augmentation considérable des vols domiciliaires avec infraction. Or, il ne s'agit pas forcément d'héroïnomanes, ou même de cocaïnomanes, mais parfois également de consommateurs de haschich, entre autres.

**Le président:** Monsieur McCurdy, je pense qu'il va falloir mettre fin à cette première série de questions; vous pourrez reprendre plus tard.

Monsieur Baker, vous voulez continuer?

**M. Baker:** Merci, monsieur le président. Pour commencer, je tiens à féliciter le sergent Pelletier pour son exposé, qui était excellent. Lorsque cela sera imprimé, il y a certainement beaucoup de gens qui s'intéressent à ce sujet qui le liront.

Je reviens sur ce que vous disiez au sujet de la vente de matériel. Si je vous ai bien compris, aux États-Unis, on a adopté une loi qui restreint la vente de matériel, et je sais de quel matériel vous parlez. Autrement dit, vous craignez que quelqu'un qui se promène dans la rue et qui voit ce matériel dans une vitrine . . . De toute évidence, cela ne sert pas à fumer du tabac, l'utilisation de ce matériel ne fait pas de doute. Vous pensez qu'en vente libre, c'est une façon de dire à la jeunesse du Canada: vous pouvez vous en servir, il n'y a pas de mal? C'est bien cela?

**Sgt Pelletier:** Oui, à mon avis, cela revient à lancer un message assez confus. Je vais vous donner l'exemple de ce magasin spécialisé auquel je pense.

**M. Baker:** Magasin spécialisé, qu'est-ce que vous voulez dire?

**Sgt Pelletier:** Un magasin spécialisé, c'est un magasin qui ne vend que l'attirail du drogué. On n'y vend rien d'autre. Il peut y avoir des T-shirts, et également des affiches, et je le répète, tout cela n'a rien d'illégal. Mais si l'on considère les lois contre la pornographie, on peut dire que c'est une autre forme de pornographie, si l'on choisit le sens large.

## [Text]

**Mr. Baker:** What is on the T-shirts?

**Sgt Pelletier:** To encourage the kids to use drugs.

**Mr. Baker:** Oh, it is written on the T-shirt.

**Sgt Pelletier:** Yes.

I will give you an example of me walking into this particular head shop with my wife, not identified as a policeman, not working undercover—in a shirt and tie as I look now, not the way I looked in the picture—and I ask, have you got any mix for some coke, I have got an oz—meaning an ounce of coke—well, the guy not only describes the different mixes I could use, different qualities, but how to mix it, and he would not know who I was from a hole in the wall.

**Mr. Baker:** But that is legal?

**Sgt Pelletier:** The mixture is legal. It is not an illegal drug.

He goes on to describe how to mix it, how to use it, what equipment was needed. I could have been a 16-year-old, 17-year-old kid, or a 50-year-old person. He was there to tell people exactly that. And there was nothing else being sold there—no chocolate bars, no . . .

**The Chairman:** Dr. McCurdy, a point of order.

**Mr. McCurdy:** I missed what was being mixed. You were asked whether it was legal. And you said the drug was not illegal?

**Sgt Pelletier:** No. If that is what I said, I am sorry if I misled you. I meant the mixture, the cut. It could have been lactose, or dextrose. He was not selling drugs as such.

**Mr. Baker:** You say that in certain states in the United States this is not legal.

**Sgt Pelletier:** Yes.

• 1915

**Mr. Baker:** I see. So your point is that we should perhaps examine the same sort of restriction?

**Sgt Pelletier:** Yes, and I think the policemen have their homework to do in that particular area. I would be very willing to look at it closer and maybe prove that there is somebody walking in there to get the mixture for an ounce of cocaine, that he definitely is leaving that shop and going to mix an ounce of cocaine.

**Mr. Baker:** Now, Sergeant, point number three that you made in your conclusion is one that puzzles me, and it the most alarming statement you have made. I was not aware that this was the case.

**Sgt Pelletier:** Yes.

**Mr. Baker:** Could you explain this further, that there are certain regulations that appear to be a stumbling block?

## [Translation]

**M. Baker:** Qu'est-ce qu'il y a sur les T-shirts?

**Sgt Pelletier:** Des messages qui encouragent les jeunes à se droguer.

**M. Baker:** Oh, des messages écrits sur les T-shirts.

**Sgt Pelletier:** Oui.

Je vais vous donner un exemple; je suis entré dans ce magasin spécialisé avec ma femme, je n'étais pas habillé en policier, je n'étais pas en mission non plus. Je n'avais ni cravate ni chemise comme aujourd'hui, ni les vêtements que j'avais sur la photographie. Je demande au vendeur: est-ce que vous avez quelque chose pour mélanger avec la coke? J'ai une once—autrement dit, une once de coke. Immédiatement, non seulement le type se met à me décrire les différents produits que je pourrais utiliser, les différentes qualités, mais également comment faire le mélange, et tout cela, sans avoir la moindre idée de mon identité.

**M. Baker:** Mais c'est légal?

**Sgt Pelletier:** La mixture est légale. Ce n'est pas une drogue illégale.

Ensuite, il m'explique comment faire le mélange, comment l'utiliser, de quel matériel j'ai besoin. J'aurais pu avoir 16 ans, 17 ans, ou 50 ans. Il était là pour expliquer ce genre de choses aux gens. Et dans ce magasin-là, on ne vend rien d'autre, ni barres de chocolat, ni . . .

**Le président:** Monsieur McCurdy invoque le Règlement.

**M. McCurdy:** Je n'ai pas compris ce que vous mélangeiez. On vous a demandé si c'était légal. Vous avez dit que la drogue n'était pas illégale?

**Sgt Pelletier:** Non. Si c'est ce que j'ai dit, je suis désolé. Je parlais de la mixture qu'on mélange avec la drogue. Cela peut être de la lactose, de la dextrose. Ce n'était pas de la drogue qu'il vendait.

**M. Baker:** Vous dites que dans certains États américains, ce n'est pas légal?

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. Baker:** Je vois. Et vous pensez que nous devrions envisager le même genre de restrictions?

**Sgt Pelletier:** Oui, et je pense que dans ce domaine, la police a beaucoup à apprendre. Je pourrais étudier cela de plus près et, éventuellement, prouver qu'une personne qui entre dans ce magasin pour acheter de la mixture pour une once de cocaïne a bel et bien l'intention, en rentrant chez elle, de s'en servir pour mélanger une once de cocaïne.

**M. Baker:** Sergent, le troisième point de votre conclusion m'intrigue un peu, et c'est à mon avis ce que vous nous avez dit de plus alarmant. Je ne le savais pas.

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. Baker:** Pouvez-vous développer un peu; apparemment, il y aurait des règlements qui constitueraient un obstacle?



## [Texte]

**Sgt Pelletier:** Okay. The example that you saw of the youngster making a phone call from the RCMP Museum, or the Hockey Hall of Fame, last fall, during Crime Prevention Week, avail those same messages across the country to all kids who cannot travel to Regina or Toronto, from Newfoundland to Vancouver. We met with people from Telecom Canada, and they were willing to put it in. We offered to put in an 800 number. They explained that an 800 system would be blocked up, that we could not do it. We would have to go to a 900 system.

I think that a 900 system does not work, because I cannot, in good conscience, have a child charged 50¢ for an anti-drug message, especially when the athletes are giving their time, everybody else is giving his time. They said, we would love to help you out. We would love to even donate the thing, but we cannot because of CRTC ruling. Now, I must admit I never knocked on the CRTC's door, which is one thing I want to do.

The other aspect that I want to point out is that during the World Series in the United States—we referred to the United States earlier—we saw anti-drug message being shown. That was terrific.

I tried the same thing last week during *Rendez-vous 87*. Mr. Eagleson wholeheartedly supported the National Hockey League. Brian O'Neill offered to tell the referees to hold the puck for an extra 30 seconds so we could show one of those messages. The networks were willing to show it. I even gave a copy to ESPN, the American network, because they said they would show it. The Canadian network says that the CRTC ruling is that all the commercial time that is payable has been booked. I said, we are talking about a public service message. They said that there was no time available for it.

Now, of course, these networks are going to show it at other times. TSN has already been—

**Mr. Baker:** What you are saying is that the CRTC says that each network has a certain amount of sustaining spots, a certain amount of commercial spots, and they would not allow an additional spot.

**Sgt Pelletier:** That is right.

**Mr. Baker:** In other words, it was all booked for commercials and they did not allow—

**Sgt Pelletier:** Payable commercials.

**Mr. Baker:** I get your point.

**Sgt Pelletier:** I explained to CBC, for instance, well, this is not payable time.

The networks will show them. They are going to help us out, but you are trying to reach major markets.

**Mr. Baker:** Yes.

**Sgt Pelletier:** When they tell us that PSAs are next to impossible to put on in a Montreal or Toronto market, well,

## [Traduction]

**Sgt Pelletier:** D'accord. Dans l'exemple que vous avez vu, l'automne dernier, pendant la semaine de prévention criminelle, un jeune donnait un coup de téléphone du musée de la GRC, ou du Temple de la renommée du hockey, pour transmettre le message à tous les enfants du pays qui ne pouvaient aller à Regina ou à Toronto, de Terre-Neuve ou de Vancouver. Nous avons rencontré des gens de Télécom Canada qui étaient prêts à collaborer. Nous avons offert de payer un numéro 800. On nous a expliqué que le projet serait bloqué, que nous ne pouvions pas utiliser le système 800. Nous devions utiliser le système 900.

A mon avis, le système 900 ne marche pas, car, en toute conscience, il est impossible de demander à un enfant de payer 50c. pour entendre un message anti-drogue, surtout quand les athlètes et tous les autres intervenants travaillent bénévolement. Ils nous ont dit: nous aimerions beaucoup pouvoir vous aider, nous serions même prêts à vous en faire cadeau, mais nous ne le pouvons pas, à cause du CRTC. Je dois reconnaître que je ne suis jamais allé voir le CRTC, mais j'ai l'intention de le faire.

D'autre part, pendant les séries mondiales, aux États-Unis—nous avons parlé tout à l'heure des États-Unis—nous avons vu des messages publicitaires contre la drogue. C'était magnifique.

J'ai essayé d'obtenir la même chose la semaine dernière, pendant *Rendez-vous 87*. M. Eagleson appuyait tout à fait la Ligue nationale de hockey. Brian O'Neill a offert de demander aux arbitres de retenir la rondelle durant 30 secondes de plus, pour que nous puissions faire passer un de ces messages. Les réseaux de télévision étaient prêts à les accepter. J'en ai même donné un exemplaire à ESPN, le réseau américain, qui voulait les faire passer également. Le réseau canadien nous a répondu que d'après le CRTC, toutes les plages commerciales disponibles avaient été réservées. Je leur ai dit qu'il s'agissait d'un message d'intérêt public. Ils nous ont répondu qu'il n'y avait pas assez de temps.

Bien sûr, ces réseaux-là feront passer le message à d'autres moments. TSN a déjà...

**M. Baker:** Autrement dit, le CRTC prévoit un certain nombre de plages d'intérêt public, un certain nombre de plages commerciales pour chaque réseau, et refuse d'ajouter à ces plages.

**Sgt Pelletier:** C'est exact.

**M. Baker:** Autrement dit, tout le temps était réservé à des messages publicitaires, et ils n'ont pas voulu...

**Sgt Pelletier:** Des messages payables.

**M. Baker:** Je comprends votre position.

**Sgt Pelletier:** J'ai expliqué à Radio-Canada, par exemple, que ce n'était pas payable.

Les réseaux les montreront. Ils ont l'intention de nous aider, mais ce sont les gros marchés que nous cherchons à atteindre.

**M. Baker:** Oui.

**Sgt Pelletier:** Quand on nous dit qu'il est pratiquement impossible de faire passer un message d'intérêt public sur le



[Text]

that is the majority of the population in Canada, the youth we are trying to aim at. TSN has been showing them. They have been very good to us so far. I understand that there are a lot of PSA messages to be shown.

**Mr. Baker:** But, Sergeant, do you know for sure if, in the United States, it is an additional spot that is put on, or is it a spot that is replacing something that would have been shown? What you are saying is that in the United States they can put in that additional spot, whereas here—

**Sgt Pelletier:** No, I did not say that.

**Mr. Baker:** I am sorry.

**Sgt Pelletier:** I did not say that, because I do not know that.

**Mr. Baker:** Okay.

**Sgt Pelletier:** But I will be working closely with the athlete program in Washington. We met last November.

What I am saying is that I did see, during the World Series, several baseball players give anti-drug messages.

**Mr. Baker:** Yes.

**Sgt Pelletier:** We should be able to do the same thing when there is something like last week's *Rendez-vous 87*, or during the play-offs.

**Mr. Baker:** Yes, especially when you have the agreement of everybody.

**Sgt Pelletier:** Of course.

**Mr. Baker:** That CRTC.

**Sgt Pelletier:** We have not knocked on CRTC's door, but this was the explanation that was given to me last week.

**Mr. Baker:** That is really something.

Let me ask you this. In your education program—

**Sgt Pelletier:** Excuse me, just to answer—

**Mr. Baker:** Yes.

**Sgt Pelletier:** You made a comment about the NPA. Mr. Eagleson, who is in charge of the National Players' Association, picked Marcel Aubut. He said, we are promoting this. We want it to be on the air. There was just nothing that could be done.

**Mr. McCurdy:** Even if it were paid for?

**Sgt Pelletier:** If we were to pay for it, it would be something else.

**Mr. McCurdy:** I think they are paid for in the States. I think they are all—

**Sgt Pelletier:** I am not sure. I did not check it out. As I said, these anti-drug messages were shown during the World Series. One hundred and twenty-five million people watched that series last week. We could have shown these messages. The Americans were quite willing to put it on for us.

[Translation]

marché de Montréal ou de Toronto, c'est justement la majorité de la population canadienne, la majorité des jeunes, que nous cherchons à atteindre. TSN a fait passer le message; la réalisation a été excellente. Je sais qu'il y a beaucoup de messages non payés qui attendent d'être passés.

**M. Baker:** Mais, sergent, êtes-vous certain qu'aux États-Unis, c'est une plage supplémentaire qu'on ajoute, ou bien est-ce qu'on remplace autre chose? Est-ce que vous nous dites qu'aux États-Unis, on peut ajouter une plage, alors qu'ici...

**Sgt Pelletier:** Non, je n'ai pas dit cela.

**M. Baker:** Excusez-moi.

**Sgt Pelletier:** Je ne l'ai pas dit, parce que je ne le sais pas.

**M. Baker:** D'accord.

**Sgt Pelletier:** Mais je vais travailler en étroite collaboration avec le programme des athlètes, à Washington. Nous avons rencontré les responsables en novembre dernier.

Je vous explique seulement ce que j'ai vu pendant les séries mondiales, plusieurs joueurs de baseball transmettant des messages anti-drogue.

**M. Baker:** Oui.

**Sgt Pelletier:** Nous devrions pouvoir faire la même chose ici, à certaines occasions, comme *Rendez-vous 87*, la semaine dernière, ou pendant les éliminatoires.

**M. Baker:** Oui, d'autant plus que tout le monde est d'accord.

**Sgt Pelletier:** Bien sûr.

**M. Baker:** Ce CRTC.

**Sgt Pelletier:** Nous n'avons pas encore contacté le CRTC, mais c'est l'explication qu'on m'a donnée la semaine dernière.

**M. Baker:** C'est assez incroyable.

Je vais vous poser une question; votre programme de sensibilisation...

**Sgt Pelletier:** Excusez-moi, je veux répondre...

**M. Baker:** Oui.

**Sgt Pelletier:** Vous avez parlé de l'Association nationale des joueurs. M. Eagleson, qui est responsable de l'association, a choisi M. Marcel Aubut. Il a dit: nous nous occupons de cela, nous voulons que cela passe sur les ondes. Mais cela a été impossible.

**M. McCurdy:** Et si c'était payé?

**Sgt Pelletier:** Si nous voulions payer, ce serait autre chose.

**M. McCurdy:** Je crois qu'aux États-Unis, ces messages sont payés. Je pense que tous...

**Sgt Pelletier:** Je ne le sais pas. Je n'ai pas vérifié. Comme je l'ai dit, ces messages anti-drogue sont passés pendant les séries mondiales. La semaine dernière, 125 millions de personnes ont regardé ces émissions. Nous aurions pu faire passer ces

[Texte]

[Traduction]

messages. Les Américains étaient prêts à les faire passer pour nous.

• 1920

**Mr. Baker:** Sergeant, why is it in Canada we do not appear to have, as you point out, that exposure on television, which is the way to go? If you are going to affect young people, then you have to do it through television. Does it have such a high profile in the United States and in Canada not a high profile, on television?

**Sgt Pelletier:** That is a difficult question for me to answer. I will tell you quite frankly, as far as the use . . . I hate the word "use". As for the athletes being available, we are not following the United States, we are leading them.

**Mr. Baker:** The athletes being available.

**Sgt Pelletier:** The athletes helping in a drug program such as this. I think we should continue it.

**Mr. Baker:** One final recommendation you made here is that more positions and moneys for training and equipment will be needed to enhance an already successful program. You point out at the beginning that concerned RCMP commanding officers in various divisions have already deployed permanent positions. You say "concerned RCMP officers". Are you telling us it is the commanding officer himself who is really leading the way here?

**Sgt Pelletier:** There again, I would not want to be . . . maybe the translation of the . . . I do not want to blame it on translation. I did really did mean to involve the commanding officers, because certain positions have already been deployed in those divisions. For instance, in Montreal we have two positions already deployed for that. But they have been seconded from already existing drug investigative positions. What we would need is additional positions just to do drug awareness and education.

I am not saying only these places are doing drug awareness and education. In Saskatchewan or Manitoba, a commanding officer might come in, or the section NCO might come in, and say, well, Constable, what are you doing next week? Do you want to go out and give a drug talk? What we need is guys who are permanently doing this kind of work.

**Mr. Baker:** How prevalent is rat poison in the . . . what do you call it, the cutting of these . . . ? Is that a fairly . . . ?

**Sgt Pelletier:** I would say—and there again, I have not worked as an undercover investigator for some time—

**Mr. Baker:** Well, when you were, yes.

**Sgt Pelletier:** —but the majority of the cut, or the mixture, would be a derivative of lactose, dextrose, or other drugs; efferdrine. On occasion there has been—

**Mr. Baker:** Rat poison.

**M. Baker:** Sergent, comment se fait-il qu'au Canada, comme vous le dites, nous ne traitons pas suffisamment ce sujet à la télévision, quand c'est la meilleure solution? Si vous voulez atteindre les jeunes, c'est par la télévision qu'il faut passer. Est-ce qu'aux États-Unis, c'est un sujet très présent à la télévision, et pas autant au Canada?

**Sgt Pelletier:** Il est difficile de répondre à cette question. Franchement, dans la mesure où on utilise . . . je n'aime pas dire «utiliser». Pour ce qui est de l'intervention des athlètes, nous ne suivons pas l'exemple américain, nous montrons l'exemple.

**M. Baker:** L'intervention des athlètes.

**Sgt Pelletier:** Les athlètes qui contribuent au programme de prévention. A mon avis, cela doit continuer.

**M. Baker:** Vous faites une dernière recommandation; vous dites qu'on devrait réserver plus de postes et de fonds à la formation et au matériel nécessaires à ce programme, qui a déjà connu beaucoup de succès. Vous commencez par dire que les commandants divisionnaires de plusieurs divisions de la GRC ont affecté des postes permanents au programme. Vous parlez de «commandants divisionnaires de la GRC». Voulez-vous dire que c'est le commandant divisionnaire lui-même qui ouvre la voie?

**Sgt Pelletier:** Encore une fois, je ne voudrais pas . . . peut-être que la traduction de . . . Je ne veux pas blâmer la traduction. En fait, si j'ai parlé des commandants divisionnaires, c'est que certains postes ont déjà été désignés dans ces divisions. Par exemple, à Montréal, nous avons déjà deux postes consacrés à cette tâche. Mais leurs titulaires ont été détachés de postes qu'ils occupaient déjà dans des sections d'enquête sur la drogue. Nous aurions besoin de postes supplémentaires pour le programme de sensibilisation.

Je ne prétends pas que ce sont les seuls qui s'occupent de sensibilisation et d'éducation. En Saskatchewan ou au Manitoba, un commandant divisionnaire, ou un commandant de section, peut déclarer tout d'un coup: monsieur l'agent, qu'est-ce que vous faites la semaine prochaine? Est-ce que vous voulez faire une conférence sur la drogue? Nous avons besoin de gens qui accomplissent ce genre de travail en permanence.

**M. Baker:** Est-ce qu'il arrive très souvent qu'on utilise du poison à rat pour mélanger, comment appelez-vous cela . . . ? Est-ce que c'est assez . . . ?

**Sgt Pelletier:** Je pense, et encore une fois, il y a assez longtemps que je n'ai pas été en mission moi-même . . .

**M. Baker:** Mais lorsque vous étiez en mission.

**Sgt Pelletier:** . . . que la plupart du temps, la mixture utilisée est un dérivé du lactose ou du dextrose, ou d'autres drogues, l'efferdrine, par exemple. Il est arrivé qu'on utilise . . .

**M. Baker:** Du poison à rat.

[Text]

**Sgt Pelletier:** —rat poison.

**Mr. Baker:** And is that explained in the drug awareness program? When you give a talk to school kids, do you sometimes go into things like that?

**Sgt Pelletier:** No.

**Mr. Baker:** You do not.

**Sgt Pelletier:** First of all, the way we approach it, for instance at the grade 6 level, is with a very basic form of identification of the drugs. As a matter of fact, because of teachers or parents being wary of us talking to too young an age, we usually tell them exactly... we say, we know you never use drugs—and they all agree—but you might have heard of them on TV or in the school yard, let us list on the blackboard the drugs you have heard of. Sometimes they list 15, 20, 23 drugs. So we have to show them, at least, what they look like, so if somebody offered it to them, they would be able to identify it and refuse. But at the grade-school level, we certainly do not go into the details of the law.

**Mr. Baker:** But would it not be a good idea to go into it and say, look, some of these people are smoking these drugs around the streets and they are using and they are actually smoking rat poison? I suppose rat poison is pretty bad on the system.

**Sgt Pelletier:** Well, it is just like when some people mention manure being mixed in hash. That does not scare some students. They will say, we grow tomato plants with manure, that does not bother us.

So yes, quality control is mentioned. But I think gone are the days of using scare tactics to convince kids not to use drugs.

**Mr. Baker:** I see.

**The Chairman:** Mr. Baker, you know, they use rat poison to prevent heart attacks.

**Mr. Baker:** Is that right? Is that true?

**The Chairman:** Oh, yes, anticoagulants.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You mean if you do not die from a heart attack, then you die from the rat poison?

**The Chairman:** It just takes a good doctor to manage it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I apologize, Sergeant, for coming in a bit late, but around here one has to be sometimes in three places, not only two places, at once. But I welcome you, and I congratulate you. I guess you are going to get a new job soon, here in Ottawa.

**Sgt Pelletier:** That is what I hear.

• 1925

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** If you have not picked a place to live in yet, there are lots of new homes being built in my riding, so we would love to have you as a constituent.

[Translation]

**Sgt Pelletier:** ... du poison à rat.

**M. Baker:** Et on explique cela dans le programme de sensibilisation? Quand vous parlez aux enfants dans les écoles, est-ce qu'il vous arrive de parler de ce genre de choses?

**Sgt Pelletier:** Non.

**M. Baker:** Vous ne le faites pas.

**Sgt Pelletier:** Pour commencer, cela ne fait pas partie de notre démarche. Par exemple, en sixième année, nous leur faisons un cours d'identification des drogues très succinct. En fait, comme les parents et les enseignants n'aiment pas tellement que nous parlions à des enfants trop jeunes, d'ordinaire, nous leur disons: nous savons que vous n'utilisez jamais de drogues—et là, ils disent tous que c'est vrai—mais peut-être en avez-vous entendu parler à la télévision ou dans la cour de l'école; faisons donc au tableau une liste des drogues dont vous avez entendu parler. Parfois, ils nous en citent 15, 20, 23. Dans ce cas-là, nous devons leur montrer au moins à quoi cela ressemble, pour qu'ils puissent l'identifier et le refuser si on leur en offre. Mais dans les écoles primaires, nous ne parlons pas de la loi en détail.

**M. Baker:** Est-ce que ce ne serait pas une bonne idée d'aller leur dire: écoutez, il y a des gens qui fument ces drogues dans les rues, et parmi eux, il y en a qui fument du poison à rat? J'imagine que le poison à rat, ce n'est pas très bon pour le système.

**Sgt Pelletier:** On parle aussi du fumier qui est utilisé pour mélanger le haschich. Il y a des étudiants à qui cela ne fait pas peur. Ils nous disent: on fait bien pousser des tomates avec du fumier, ce n'est pas grave.

Effectivement, nous parlons de contrôle de la qualité. Mais nous n'en sommes plus à l'époque où on essayait de faire peur aux enfants pour les convaincre de ne pas utiliser de drogues.

**M. Baker:** Je vois.

**Le président:** Monsieur Baker, vous savez, on utilise le poison à rat pour prévenir les attaques cardiaques.

**M. Baker:** C'est vrai? Est-ce que c'est vrai?

**Le président:** Oui, les anticoagulants.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Autrement dit, si vous ne mourez pas d'une crise cardiaque, vous mourez d'empoisonnement?

**Le président:** Il faut un bon médecin pour passer au travers.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Excusez-moi, sergent, d'être arrivé en retard, mais nous devons parfois être à trois endroits à la fois, pas seulement deux. Cela dit, je vous souhaite la bienvenue, et je vous félicite. Je crois que vous allez bientôt occuper un nouveau poste, ici, à Ottawa.

**Sgt Pelletier:** C'est ce qu'on me dit.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Si vous n'avez pas encore trouvé de maison, il y a beaucoup de nouvelles constructions dans ma circonscription, et j'aimerais beaucoup vous compter parmi mes électeurs.



[Texte]

**Sgt Pelletier:** I would love to be able to afford one.

**An hon. member:** Good for you.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Well, I will speak to a local developer for you.

**Some hon. members:** Oh, oh!

**Sgt Pelletier:** I have to tell you I am familiar with the West Block. I was fortunate enough or lucky enough to have an uncle who was a member here for 14 years, so it is like coming back home for me. I feel quite comfortable here. Thank you for the welcome.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good. These commercials we just saw here, you are telling us then that those have not been released on television, because I have never seen them.

**Sgt Pelletier:** You are absolutely right and wrong, in a sense. I think in October we were here—as a matter of fact, at the Centre Block—and released with the CFL and the NHL President and the Solicitor General, and we gave a copy of the tapes to all the major networks at that time.

Now, you know that if you believe in something, you have to do your own salesmanship, so instead of going across the country we are going to individual stations and getting their support. TSN has supported us and has been showing it and as a matter of fact, I just got a call today from the CBC and they needed a different style of tape, a two-inch instead of a one-inch, so it is going to come about.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** So these will be aired shortly.

**Sgt Pelletier:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** With all due respect, they may be concerned with the quality of the acting, shall I say, within some of them. Maybe that is their reservation.

**Sgt Pelletier:** No, no. They do not seem to be worried about that, because these athletes are not actors.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** No, they are real people, I hear.

**Sgt Pelletier:** They are athletes, but athletes willing to help support a good cause.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Sure. In the area of education, now . . . I am still in a state of shock dealing with this issue because we are talking about primary schools. Maybe I am naive, but I have a son 9 and you have listed here kids 10 to 14 who have to get these programs so they will not be afraid when they go to high school that they are going to be hammered by their peers.

**Sgt Pelletier:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We had a researcher in here a few weeks ago talking about this. Mr. Chairman, what was the name of that organization in Ottawa with the Royal Ottawa Hospital?

[Traduction]

**Sgt Pelletier:** Moi, j'aimerais beaucoup avoir les moyens de me payer une de ces maisons.

**Une voix:** Bravo!

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Eh bien, je parlerai de vous à un promoteur de ma circonscription.

**Des voix:** Oh, oh!

**Sgt Pelletier:** Je dois vous dire que je connais bien l'Édifice de l'ouest. J'ai eu le bonheur, ou la chance, d'avoir un oncle qui a été député pendant 14 ans; pour moi, c'est un peu comme un retour à la maison. Je me sens tout à fait à l'aise, et je vous remercie de votre accueil.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Excellent. Ces messages publicitaires que nous venons de voir, vous nous dites qu'ils ne sont pas passés à la télévision; car je ne les ai jamais vus.

**Sgt Pelletier:** Vous avez parfaitement raison, et vous avez tort également d'une certaine façon. En octobre dernier, nous sommes venus ici, dans l'Édifice du centre, nous avons remis ces bandes magnétoscopiques à la Ligue canadienne de football, au président de la Ligue nationale de hockey, au solliciteur général, ainsi qu'aux principaux réseaux de télévision.

Vous savez que lorsqu'on croit en quelque chose, il vaut mieux le vendre soi-même, et pour cette raison, nous avons décidé d'aller voir toutes les stations individuellement pour obtenir leur soutien. TSN a accepté et a déjà passé les messages, et Radio-Canada m'a téléphoné aujourd'hui pour me dire qu'ils avaient besoin d'une bande magnétoscopique d'un type différent, deux pouces au lieu d'un pouce; donc, cela va se faire.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ces messages vont passer bientôt.

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Peut-être que c'est la qualité des acteurs qui leur donne certaines appréhensions, c'est peut-être la raison des réserves qu'ils ont.

**Sgt Pelletier:** Non, ils ne semblent pas du tout s'inquiéter de cet aspect-là, car ce sont des athlètes, et non pas des acteurs.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Non, j'entends dire, effectivement, que ce sont de vraies personnes.

**Sgt Pelletier:** Ce sont des athlètes, mais des athlètes qui sont prêts à parler pour une bonne cause.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Certainement. Dans le domaine de l'éducation . . . je suis toujours en état de choc depuis que j'ai vu qu'il s'agissait des écoles primaires. Je suis peut-être un peu naïf, mais j'ai un fils de neuf ans, et je vois que ces programmes s'adressent à des enfants de 10 à 14 ans que l'on veut préparer à résister aux pressions qu'ils subiront lorsqu'ils arriveront au secondaire.

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il y a quelques semaines, un chargé de recherche nous a parlé de cet aspect-là. Monsieur le président, comment s'appelait cet organisme d'Ottawa qui travaille à l'hôpital Royal d'Ottawa?

[Text]

**The Chairman:** Meadow Creek.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Meadow Creek. They were concerned about the fact that maybe we have not done enough research into the best way to do drug education programs, that maybe there is a better way to get through to the young people—different tools, a different time, a different place—I do not have the answers. But what you are doing in terms of education programs, have they been evolved by RCMP officers who have drug-related experience or in co-operation with psychiatrists or the Addiction Research Foundation or where?

**Sgt Pelletier:** The people giving the drug talks are experienced police officers who have worked street drugs, undercover duties and have general experience of narcotics. Our expertise and materials come from the Department of Health and Welfare and the Addiction Research Foundation in Toronto.

As far as working with psychiatrists and psychologists, I personally would say no, I have not, but with prevention, it is tough to realize if you are successful or not. It is not like repression; you can show with statistics at the end of the year having arrested so many people, seized so many drugs—not that we work on a quota system—but after 500 lectures last year, how many people did I stop from using drugs?

It is hard to tell, except from the letters that you get from parents and the students themselves saying how worthwhile it was, and when you think that about six years ago we had maybe 80 lectures—and this is not the RCMP pushing it on the schools or parents' associations, it is by word of mouth—it has grown from 80 to 500 last year. I think that answers for itself.

As I said before, I do not think that just policemen should go in. We have a certain amount of expertise, but I do not profess to be a medical doctor nor a child psychologist nor a drug user nor a parent.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The drug education programs in this country, as you know them for the most part, are they exercised by RCMP officers only or local police forces as well?

**Sgt Pelletier:** I think the RCMP has been involved for a number of years, not maybe structured the way it is now where we try to get permanent positions... and I feel that is important, too, because in the past, we used to name a police officer and ask him if next week he would like to go do a talk, and I think it is important as far as the credibility of the person giving it; any expertise he is going to get and experience as a teacher from giving several is important. So we have been involved in that for a number of years. However, I do believe that city police are getting more and more involved in giving drug talks as well. I just came back from Quebec City and found out the Quebec City police are doing it.

[Translation]

**Le président:** Meadow Creek.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Meadow Creek. Ils craignaient que nous n'ayons pas fait suffisamment de recherche sur les meilleurs programmes d'éducation possible, ils pensaient qu'il y avait peut-être de meilleurs moyens de sensibiliser les jeunes aux problèmes de la drogue, d'autres outils, des moments mieux choisis, des endroits plus adaptés... Je n'ai pas les réponses. Mais les programmes d'éducation que vous appliquez ont-ils été conçus par des officiers de la GRC qui ont une expérience de la drogue, ou bien en collaboration avec des psychiatres ou avec l'*Addiction Research Foundation*?

**Sgt Pelletier:** Les gens qui font les exposés sur la drogue sont des officiers de police qui ont beaucoup d'expérience, qui se sont occupés de la drogue dans les rues, qui ont eu des missions clandestines et qui ont une expérience générale des narcotiques. Nous faisons appel aux experts et au matériel du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et également à l'*Addiction Research Foundation*, de Toronto.

Quant aux psychiatres et aux psychologues, personnellement, je n'en ai pas consulté, mais en matière de prévention, il est difficile de se rendre compte de son succès. C'est différent de la répression, où on a des statistiques à la fin de l'année, où on sait combien de gens ont été arrêtés, quelle quantité de drogue a été saisie—non pas que nous ayons un quota—mais après 500 exposés, l'année dernière, je ne sais pas combien de gens j'ai réussi à dissuader d'utiliser des drogues.

C'est difficile à dire, sinon par les lettres qui nous proviennent de parents, d'étudiants même, qui nous disent à quel point cela a été utile. D'autre part, si l'on réfléchit qu'il y a six ans, nous avions peut-être 80 exposés—et ce n'était pas la GRC intervenant dans les écoles ou parmi les associations de parents, c'était l'époque où les choses se disaient de bouche à oreille—en six ans, on est passé de 80 à 500 conférences. A mon avis, c'est déjà une réponse.

Comme je l'ai déjà dit, les policiers ne sont pas les seuls concernés. Nous avons une certaine compétence, mais je suis loin d'être médecin ou psychologue pour enfants, pas plus que je ne suis un drogué ou un parent.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les programmes d'éducation que vous connaissez sont-ils le plus souvent appliqués par des officiers de la GRC, ou sont-ils appliqués également par les forces policières locales?

**Sgt Pelletier:** Depuis plusieurs années, la GRC s'occupe de ce secteur, même si, au début, nous n'avions pas la même structure, puisque maintenant, nous essayons d'obtenir des postes permanents. A mon avis, c'est important également, parce que jadis, nous prenions un officier de police et nous lui demandions s'il avait envie d'aller faire une conférence sur la drogue la semaine suivante. A mon avis, pour que son intervention ait plus de poids, pour qu'il soit plus compétent et qu'il acquière une certaine expérience de l'enseignement, avec le temps, il est important de réserver certains postes à cela. Nous nous en occupons donc depuis un certain nombre d'années. Cela dit, je crois que les forces municipales de police s'occupent de plus en plus de ces domaines, et organisent souvent des



[Texte]

I feel that it is important however to . . . It is like giving a shotgun to a policeman. You should show him how to use that shotgun before giving it to him. So if you are going to have policemen talk about drugs I think it should be a guy who has had a substantial amount of experience in drug investigation. That is why I feel undercover work is essential, because of the credibility you have when you can show the kids and talk about the experiences you get on the street.

We do not just go to schools. That was another part of your question. I used to have the summers off because there were no schools. So we go where the kids are, summer camps. I was in Rocky Mountain House at a children's camp, hockey schools, where it is easily available to have the stars. And they do not just get involved this way; they also talk to the kids at the hockey schools about not using drugs.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Let me quote, if I can, Howard, the article from this morning's . . . I think it is *Le Devoir*. You said the *Montréal Matin*.

**Sgt Pelletier:** No, there is *Le Journal de Montréal*.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** *Le Journal de Montréal*.

It says here *en français*:

Près du tiers de la population adulte du Québec a déjà consommé illicitement de la drogue, soit 1,360,000 personnes.

That is 1,360,000 people in Quebec. You are right, it is one-third. And the profile of the drug consumer is between 18 and 34 years of age.

un salaire de 35,000\$ et un diplômé universitaire.

But what concerns me about this *sondage* here is—

**Sgt Pelletier:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** And the drugs, Mr. Chairman, that were of main use were hashish, *le marijuana* et *le cocaïne*. Those are the three main ones.

I am leading up to a question here, because the survey contacted 1,115 homes. Of that number, the conclusion that was drawn is *en français encore*:

L'utilisation de la drogue à des fins personnelles n'est pas jugée comme un délit criminel par la très grande majorité des répondants.

That says that the vast majority did not think that using drugs was illegal. They have considérant cela un délit criminel, 52 p. 100; un délit qui n'est pas grave, 33 p. 100; et pour ceux qui pensent que ce n'est pas un délit, 10 p. 100.

[Traduction]

conférences. Je reviens tout juste de Québec, où j'ai pu constater que la police s'en occupait.

Cela dit, il me semble important . . . C'est un peu comme donner une arme à feu à un policier. Il faut commencer par lui montrer comment s'en servir. Donc, si vous demandez à un policier de parler de la drogue, il faut s'assurer qu'il a déjà beaucoup d'expérience dans les services d'enquête sur la drogue. C'est la raison pour laquelle, à mon avis, les missions clandestines sont essentielles, car les enfants vous croient d'autant plus qu'ils savent que vous avez vécu dans la rue ce dont vous parlez.

Nous n'intervenons pas seulement dans les écoles. C'est l'autre partie de votre question. Il fut un temps où j'étais en vacances pendant l'été parce que les écoles étaient en vacances. Aujourd'hui, nous suivons les enfants, nous allons dans les camps d'été. Je suis allé à *Rocky Mountain House*, un camp d'été, dans les écoles de hockey, où il est facile de faire venir les vedettes. De leur côté, elles n'interviennent pas seulement de cette façon-là, elles parlent également aux enfants dans les écoles de hockey, cherchent à les convaincre de ne pas utiliser de drogue.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Si vous le permettez, Howard, je vais vous citer l'article de ce matin; je crois que c'était dans *Le Devoir*. Vous avez dit que c'était *Montréal Matin*.

**Sgt Pelletier:** Non, dans *Le Journal de Montréal*.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** *Le Journal de Montréal*.

Je lis, c'est en français:

Près du tiers de la population adulte du Québec a déjà consommé illicitement de la drogue, soit 1,360,000 personnes.

Autrement dit, 1,360,000 personnes au Québec. Vous avez raison, cela fait un tiers. Et le consommateur de drogue typique a de 18 à 34 ans.

un salaire de 35,000\$ et un diplôme universitaire.

Mais ce qui m'inquiète dans ce sondage, c'est . . .

**Sgt Pelletier:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Et les principales drogues utilisées, monsieur le président, étaient le haschisch, la marijuana et la cocaïne. Ce sont les trois principales.

J'arrive à ma question, car le sondage a été effectué dans 1,115 familles. À partir de là, on a pu conclure, toujours en français:

L'utilisation de la drogue à des fins personnelles n'est pas jugée comme un délit criminel par la très grande majorité des répondants.

Autrement dit, la grande majorité ne pense pas qu'il est illégal d'utiliser des drogues. D'après eux, considérant cela un délit criminel, 52 p. 100; un délit qui n'est pas grave, 33 p. 100; et pour ceux qui pensent que ce n'est pas un délit, 10 p. 100.

• 1930



[Text]

I mean, that is frightening. And in one of your recommendations, sir, number one on page 5—

**Mr. McCurdy:** Did it say they did not think it was illegal or they did not think it was criminal?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** They did not judge it as délits—

**Sgt Pelletier:** Délits—an offence—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** An offence, a criminal offence. The vast majority *dans la Belle Province*. On page 5 here, your number one recommendation or whatever it is called.

... youth today still think that possession of drugs for your own personal consumption is legal.

No wonder, because that survey tells you that the vast majority of adults think it is legal.

I am leading to the question here. I just wanted to substantiate that, because we are saying we have a problem in Canada.

Howard, you talked about the word "epidemic". The Prime Minister used the term in September, "an epidemic". I am asking you, because you did not quite push the question, do you think it has reached epidemic proportions in Canada?

**Sgt Pelletier:** What I think is that if you are going down to grade 6, and sometimes grade 5 level, they quite openly admit to having used hash. It is a major concern, yes. Yes, I do.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** You had better get his definition of "epidemic".

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** All right, I will.

What do you mean when you say you think it is a very serious problem?

**Sgt Pelletier:** Medicinally, I guess "epidemic" would mean uncontrollable or reached a proportion that is pretty scary.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Now, the head shops you spoke about—

**Sgt Pelletier:** May I interject on that same point?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Sure. Yes, sir.

• 1935

**Sgt Pelletier:** I invite any of the members of the committee to come and listen to one of the talks—as a matter of fact, I have to do the Hull Olympic Hockey Club shortly—but the approach I personally like to take is not a scare tactic attitude that I am policeman. Most of the time, I do not even wear the uniform to give a drug talk.

I do not like to use the law to scare them that if you do this, we are going to throw you in jail. I do not mention the law, I just simply state that if you want to know the difference between possession and possession for the purposes of trafficking, it is in here, but if you have questions later, I will answer

[Translation]

À mon avis, c'est cela qui est effrayant. Dans une de vos recommandations, la première, à la page 5, vous dites...

**M. McCurdy:** Est-ce qu'ils ont répondu qu'à leur avis, ce n'était pas illégal ou que ce n'était pas criminel?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ils ont répondu qu'à leur avis, ce n'était pas un délit...

**Sgt Pelletier:** délit: une infraction.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Une infraction, une infraction criminelle. La grande majorité dans la Belle Province. À la page 5, dans votre première recommandation, je ne sais pas comment vous la désignez.

... les jeunes pensent encore que la possession de drogues à des fins personnelles est légale.

Ce n'est pas étonnant, puisque d'après ce sondage, la grande majorité des adultes pensent que c'est légal.

Cela m'amène à ma question. Je tenais à le confirmer, car nous avons bel et bien un problème au Canada.

Howard, vous avez parlé d'épidémie. Le premier ministre a utilisé le terme en septembre; il a parlé d'une «épidémie». Comme vous n'avez pas vraiment posé la question, je vous la pose: pensez-vous que le problème a atteint des proportions épidémiques au Canada?

**Sgt Pelletier:** Je constate seulement qu'en sixième année, parfois même en cinquième année, les jeunes admettent volontiers qu'ils ont utilisé du haschisch. Effectivement, c'est une grosse préoccupation. Oui, je le pense.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** Vous devriez lui demander sa définition d'une «épidémie».

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord, je vais le faire.

Quand vous dites qu'il s'agit d'un problème très grave, que voulez-vous dire?

**Sgt Pelletier:** Médicalement parlant, une «épidémie», c'est une maladie qui est devenue incontrôlable ou qui a atteint des proportions assez effrayantes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ces magasins spécialisés dont vous avez parlé...

**Sgt Pelletier:** Vous permettez?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Certainement, allez-y.

**Sgt Pelletier:** J'invite tous les membres du Comité à venir écouter une des conférences—d'ailleurs, je dois parler devant le club des Olympiques de Hull d'ici peu—mais personnellement, je n'aime pas profiter du fait que je suis un policier pour effrayer les gens. La plupart du temps, je ne porte même pas d'uniforme lorsque je fais une conférence.

Je n'aime pas non plus invoquer la loi pour les effrayer, leur dire qu'ils risquent d'aller en prison s'ils font telle chose. Je ne parle pas de la loi, je leur dis simplement que s'ils veulent savoir la différence entre la possession et la possession à des fins de trafic, voilà la différence, et si vous avez des questions

[Texte]

them. Almost the number one question is: Yes, but is it not okay to have hash as long as it is just for your own personal possession? After 90 minutes of talking, it is always the first question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est la perception que l'on a maintenant.

**Sgt Pelletier:** Oui. Je crois aussi que par le passé il y a eu des propos en faveur de la «décriminalisation» des stupéfiants.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De la marijuana.

**Sgt Pelletier:** Et cela a lancé un message embrouillé, non seulement à la population adulte, mais surtout aux jeunes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je comprends.

**The Chairman:** One last question.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Compulsory testing: This has been thrown around a lot lately. It has been thrown around in the sporting world and a lot of athletes, like Wayne Gretzky has said publically that he will be publically tested; he will take a compulsory test. Others have said no. Within the Public Service, there have been some questions. Within political levels, there have been questions. What is your sense on whether or not the government should think about that for people who have areas designated as public health and safety, for example? Should they undergo compulsory tests for illegal drug use?

**Sgt Pelletier:** As a policeman and as a concerned citizen of this country, I would say yes, because what other way is there of knowing if that person is using drugs or not? They are too easily camouflaged. Medicinally, you would say well, glassy eyes, but I am not a doctor. There are a lot of ways you can camouflage if you are abusing drugs.

What other way is there to know? The pilot who is flying that 747, the engineer driving that train. When I go to give drug talks to corporations, I first talk to them as potentially fathers, mothers and older brothers and sisters, then when we get down to the nitty-gritty of safety on the job, it is outrageous when you can think of somebody going to work being involved in drugs or going out at a lunch break and using drugs—and not just quality control, but quality of life.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Cutting off the supply: We know the majority of it is imported. We heard from Customs Canada that they use dogs extremely effectively. Would more dogs in your detachments be useful to you as well?

**Sgt Pelletier:** It is almost as useful also as a preventive measure if they know there is a dog available or dog in the area. It would be even good as a preventive measure. I think they are also trying to develop X-ray units as well.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** For the mail.

**Sgt Pelletier:** For the mail or for planes. Anything that could be used to help us detect drugs is going to be just great.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you very much.

[Traduction]

plus tard, j'y répondrai. La première question est presque toujours: oui, mais est-ce qu'on n'a pas le droit d'avoir du haschich, quand c'est pour l'utiliser nous-mêmes? Après un exposé de 90 minutes, c'est toujours la première question.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It is the perception nowadays.

**Sgt Pelletier:** Yes. There is the fact also that in years past there has been a push towards decriminalization of drugs.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Of marijuana.

**Sgt Pelletier:** And this has sent a mixed message, not only to the adult population but above all to young people.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I understand.

**Le président:** Une dernière question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Dépistage obligatoire: on en a beaucoup parlé récemment. On en a parlé dans le monde des sports, et beaucoup d'athlètes, comme Wayne Gretzky, ont annoncé publiquement qu'ils subiraient en public un test de dépistage, un test obligatoire. D'autres ont refusé. Dans la fonction publique, certaines questions ont été soulevées. Dans certains secteurs politiques également. Pensez-vous que le gouvernement devrait envisager cela pour certains secteurs d'emploi désignés qui mettent en cause la santé publique et la sécurité? Faudrait-il leur faire subir un test de dépistage de drogues?

**Sgt Pelletier:** En ma qualité de policier et de citoyen concerné, je répondrais que oui, car il n'y a pas d'autres moyens de savoir si quelqu'un fait usage de drogues. C'est trop facile à dissimuler. Médicalement parlant, on peut parler de yeux vitreux, mais je ne suis pas médecin. Un drogué dispose de beaucoup de moyens pour dissimuler.

Comment savoir autrement? Le pilote qui est aux commandes d'un 747, le conducteur d'un train. Quand je m'adresse à des sociétés, je commence par m'adresser à eux en tant que pères et mères, grands frères et grandes sœurs, pour passer ensuite à la sécurité au travail; il est renversant de penser à quelqu'un qui travaille et qui se drogue, qui profite de la pause du déjeuner pour se droguer, et ce n'est pas seulement le contrôle de la qualité qui est en cause, mais la qualité de la vie même.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les sources d'approvisionnement: nous savons que la majeure partie des drogues sont importées. Douanes Canada nous a dit que les chiens étaient très efficaces. Vous-mêmes, si vous disposiez de plus de chiens, est-ce que ce serait utile?

**Sgt Pelletier:** C'est presque aussi utile comme moyen de prévention quand les gens savent qu'il y a un chien dans un secteur ou qu'on peut en faire venir un. Ne serait-ce qu'à titre préventif, c'est déjà presque aussi utile. Je crois qu'on essaie également de mettre au point des appareils à rayons X.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pour le courrier.

**Sgt Pelletier:** Pour le courrier ou pour les avions. Tout ce qui peut nous servir à détecter les drogues est très utile.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci beaucoup.



[Text]

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Gentlemen, before I call on Dr. McCurdy, we have another witness that we want to hear. Would you like to have a short second round now? Maybe three minutes each?

**Mr. McCurdy:** I presume that when you express favour for compulsory drug testing, you place alcohol high on the list?

**Sgt Pelletier:** Alcohol is a drug and if we make mention of it when we do our drug talks, it is quite easy for me to make comparisons in that, too, especially when speaking to athletes.

**Mr. McCurdy:** The question I was asking Mr. Turner with respect to whether the one-third of Quebec adults who have tried hash or cocaine consider it a criminal offence or criminal. Of course, the real question is how do they perceive, for example, the use of marijuana? There might be a good many people who, having used both, might reach the conclusion that although marijuana possession is illegal, it is not any more criminal than having alcohol, which they deem to be far more dangerous, in their own perception.

• 1940

It is not really a question for you. It is for speculation, more than anything else.

**Sgt Pelletier:** Well, we are considering making stiffer laws on drunk driving. Impaired driving is not just alcohol, to reverse the question you asked me a moment ago. Impaired driving is not just alcohol. If we can end this not on a funny note, sometimes as policemen we say if we are making by-laws to stop smoking in public, it may be more effective than some of the drug laws we have to fine them for smoking in public.

**Mr. Baker:** Sergeant, you say you do not use scare tactics. Why would you not use scare tactics? Are those not the best tactics to use? Why not use scare tactics?

**Sgt Pelletier:** Well, on a personal note, with kids today, my perception is that you have to give them the facts—and you have to give them the right facts—and let them make the decision for themselves. But at the same time there is a way of giving those facts to them, so they can make the right decisions.

For instance, they will say to me, what is the worst drug? What is the most dangerous drug? I will say heroin or cocaine; you can die from them. With LSD or PCP, you can become a "veg". The choice is yours: dead or a veg. The choice is not to take any and stay healthy.

**Mr. Baker:** I see.

**Sgt Pelletier:** So that is the kind of statement you make, with explanations. They only have one body and one brain.

**Mr. Baker:** Sergeant, do you find, when you are addressing these young people, they understand . . . do you find sometimes

[Translation]

**Le président:** Merci, monsieur Turner. Messieurs, avant de donner la parole à M. McCurdy, je vous rappelle que nous avons un deuxième témoin à entendre. Est-ce que vous voulez un deuxième tour très rapidement? Peut-être trois minutes chacun?

**M. McCurdy:** Quand vous dites que vous êtes en faveur d'un programme de dépistage obligatoire des drogues, j'imagine que vous placez l'alcool assez haut sur la liste.

**Sgt Pelletier:** L'alcool est une drogue, et dans nos exposés, nous en parlons; je fais volontiers des comparaisons entre l'alcool et les autres drogues, surtout lorsque je parle à des athlètes.

**M. McCurdy:** J'ai posé une question à M. Turner au sujet du tiers des adultes québécois qui ont essayé le haschich ou la cocaïne, à savoir s'ils considèrent que c'est un délit criminel, ou que c'est criminel. Bien sûr, la question qu'il faut se poser, par exemple, c'est ce qu'ils pensent de la marijuana. Il y a peut-être beaucoup de gens qui, après avoir essayé les deux, finissent par conclure que même si la possession de marijuana est illégale, ce n'est pas plus criminel que d'avoir de l'alcool chez soi. Pour eux, l'alcool est beaucoup plus dangereux.

En fait, ce n'est pas vraiment une question que je vous pose, c'est plutôt un sujet de spéculation.

**Sgt Pelletier:** Vous savez, on envisage de rendre les lois sur la conduite en état d'ivresse plus sévères. La conduite avec des facultés affaiblies, ce n'est pas seulement l'alcool, c'est l'inverse de la question que vous m'avez posée tout à l'heure. La conduite avec des facultés affaiblies, ce n'est pas seulement l'alcool. Si vous le permettez, je pourrais terminer sur une note qui n'est pas tellement humoristique: nous, les policiers, nous disons parfois que les règlements qu'on est en train d'adopter sur la cigarette en public risquent d'être plus efficaces que les lois sur la drogue.

**M. Baker:** Sergent, vous prétendez que vous ne cherchez pas à effrayer les gens. Pourquoi pas? Est-ce que ce n'est pas le meilleur moyen, faire peur aux gens?

**Sgt Pelletier:** De la façon dont je vois les enfants d'aujourd'hui, je suis convaincu que le meilleur moyen, c'est de leur expliquer les faits, de leur donner des faits exacts, et de les laisser décider eux-mêmes. Mais en même temps, on peut leur présenter ces faits d'une certaine façon, pour les pousser à prendre la bonne décision.

Par exemple, ils me demandent: quelle est la pire drogue? Quelle est la plus dangereuse? Je leur répond: l'héroïne ou la cocaïne, vous pouvez en mourir. Avec le LSD ou le PCP, vous pouvez devenir un «légume». A vous de choisir, cadavre ou légume. La solution, c'est de n'en prendre aucune, de garder sa santé.

**M. Baker:** Je vois.

**Sgt Pelletier:** Voilà donc ce que vous leur dites, avec des explications. Ils n'ont qu'un seul corps et un seul cerveau.

**M. Baker:** Sergent, quand vous vous adressez à ces jeunes, est-ce que vous avez l'impression qu'ils comprennent . . . Est-ce



[Texte]

you are using language, abbreviations for words, sometimes, that are known on the streets because you have worked undercover, and do you find these young people in school understand some of these words, some of that language?

**Sgt Pelletier:** Some of them do not understand because they come up with new words that I have to understand. They are talking about acid and LSD... the names, the colours, and the formats change almost every six months. I am learning from them as much as they are trying to get from me.

**Mr. Baker:** Sergeant, finally, I wonder if you could pass comment on the fact that you were talking a moment ago about trying to get an ad on a sports event, what we call a sustaining spot, in the media, but you could not get it on because of CRTC regulations—and I know them quite well—that limit the numbers of ads you can have on even sustaining spots for a particular program; but at the same time, on that program, there was a revolving series of ads encouraging people in Canada to consume alcoholic beverages. In other words, even in Canada, in Parliament, we passed laws recently to make it tougher for drunk drivers, yet we continually have these ads on sporting events encouraging everybody to get drunk. If you get drunk, you become a great athlete.

Do you encounter this in some of your sessions with young people? Do they say, look, what is wrong with you? You are on the wrong wavelength altogether. It is good to have a few Miller beer, it is good to have a few... Do you find that?

**Sgt Pelletier:** First of all, in all fairness to those ads and those breweries, I do not think they encourage you to get drunk.

**Mr. Baker:** Do they encourage you not to drink?

**Sgt Pelletier:** No, I am not saying that, but they do not encourage you to get drunk.

**Mr. Baker:** What do they encourage you to do?

**Sgt Pelletier:** I will give you an example I give to young junior hockey stars. I say to them... A 20-year-old—that is a veteran on the team—who is not necessarily going to get drafted could be a bad influence on the team. You have to show a certain amount of leadership. The 16-year-old, 17-year-old, coming on that club, is not of legal age. If you are 20, maybe you should name the rookie—make a game of it—name the rookie the designated driver for the next team party. When he becomes a rep, then he will have a designated driver. And for the guys who are legally of age to drink, they should consider taking a cab. As I say to them, if you cannot afford a cab, get five of you together. And if you cannot afford a cab then, you cannot afford to drink.

[Traduction]

que parfois, vous êtes amené à utiliser des abréviations, un jargon, que vous avez appris en mission dans les rues, et est-ce que vous constatez que les jeunes dans les écoles comprennent ces mots, ce jargon?

**Sgt Pelletier:** Certains d'entre eux ne comprennent pas parce qu'ils utilisent de nouveaux mots que je dois chercher à comprendre. Ils parlent d'acide et de LSD; les noms, les couleurs, la présentation changent presque tous les six mois. Ils m'en apprennent autant qu'ils essaient d'en apprendre de moi.

**M. Baker:** Sergent, tout à l'heure, vous nous parliez des tentatives que vous avez faites pour faire passer un message publicitaire pendant une retransmission sportive. Un message pendant ce que nous appelons une plage libre, mais cela vous a été impossible à cause de règlements du CRTC—que je connais très bien—règlements qui limitent le nombre de messages pour un programme donné, même s'il s'agit de plages libres. Pendant ce même programme, on a pu voir toute une série d'annonces encourageant les Canadiens à consommer des boissons alcoolisées. Autrement dit, au Canada, au Parlement, nous avons récemment adopté des lois pour lutter plus efficacement contre la conduite en état d'ivresse, et pourtant, à l'occasion de ces manifestations sportives, nous sommes sans cesse exposés à des messages qui encouragent tout le monde à se saouler. Saoulez-vous, vous deviendrez un grand athlète.

Est-ce que vous rencontrez ce problème quand vous parlez devant des jeunes? Est-ce qu'ils vous disent: écoutez, vous avez vraiment un gros problème, vous n'êtes pas sur la bonne longueur d'onde. Il n'y a rien de mal à boire quelques cannettes de bière, à boire quelques... Est-ce que vous entendez cela?

**Sgt Pelletier:** Pour commencer, il faut être juste, je ne crois pas que ces messages et ces brasseries cherchent à vous encourager à vous saouler.

**M. Baker:** Vous encouragent-ils à ne pas boire?

**Sgt Pelletier:** Non, je ne prétends pas cela, mais ils ne vous encouragent pas à vous saouler.

**M. Baker:** A quoi vous encouragent-ils?

**Sgt Pelletier:** Je vais vous donner un exemple que je donne aux jeunes vedettes du hockey junior. Je leur dis... Un garçon de 20 ans—dans l'équipe, c'est un ancien—qui ne sera pas forcément retenu dans l'équipe pourrait avoir une mauvaise influence sur l'équipe. Il faut montrer l'exemple. Le jeune de 16 ou de 17 ans qui arrive dans le club n'a pas l'âge légal. Si vous avez 20 ans, vous pouvez peut-être désigner le petit nouveau—en faire une sorte de jeu—désigner le petit nouveau et décider que c'est lui qui conduira la prochaine fois que l'équipe aura un party. Quand il monte en grade, c'est à lui de désigner un autre petit nouveau. Quant aux joueurs qui ont l'âge légal pour boire, ils peuvent toujours prendre un taxi. Comme je leur explique, si vous n'êtes pas assez riches pour vous payer un taxi, vous pouvez vous mettre à cinq. Si vous ne pouvez toujours pas vous payer un taxi, vous n'avez pas les moyens de boire non plus.

[Text]

[Translation]

• 1945

I can give you the example of Pelly Lindbergh. When I was at the All-Star game, it was a very sad thing to see the empty net there. The guy was voted the best goaltender in the NHL; he killed himself drunk driving. Maybe that is another thing we should consider when we are looking at all of these drug abuses, of raising the drinking limit back to 21. They have done it in the United States. Why do we not follow the example of the United States?

**Mr. Baker:** Hear, hear!

**The Chairman:** Thank you, Mr. Baker.

Just before we move on to the next witness, may I ask one question of you, Sergeant Pelletier?

**Sgt Pelletier:** Yes, Mr. Chairman.

**The Chairman:** You mentioned not being able to measure the success of your programs in terms of how many people you stopped from taking drugs. Do you have any kind of evaluation or assessment procedure with, say, controls to see whether or not your education program is effective? In other words, are you going into one high school and not going into the next high school, and are you keeping track of what comes out of those schools?

**Sgt Pelletier:** Unfortunately, as my learned friend mentioned, I am coming to Ottawa soon and it will afford me the time to prepare an evaluation program. I have been out there doing the foot work. So the evaluation simply comes from the thank you letters, the letters from the students themselves, which can be quite touching, or the parents. But, yes, we should have an evaluation procedure to check how successful we are as far as the questionnaire.

The problem I find with that—and I am just airing it now—is that we have such a limited time when we go into a school, a 50-minute period. We will take a 50-minute period, if that is all we can get. If we can take two periods, we can do better with two groups. But if you have to spend 10 of those minutes explaining how to fill out the questionnaire, I would rather talk for the extra 10 minutes on drug abuse. But I am sure there is a format we can produce so we can more effectively judge the success of our program.

**The Chairman:** Sergeant Pelletier, let me thank you on behalf of the committee for being with us tonight. We want to hear from our next witness, and if you wish to wait around . . . Mr. Baker?

**Mr. Baker:** I am sorry. On a point of order, Mr. Chairman. It has been repeated now three times that he is coming to Ottawa. I am just wondering, could he explain for the record what he is coming to Ottawa for? Is he being kicked upstairs into a comfortable chair? Is that what is happening?

**Sgt Pelletier:** You are talking to a fellow who likes to be part of active duty. I am not being kicked out or reprimanded by any means. It stretches the imagination, as a matter of fact.

Je peux vous citer l'exemple de Pelly Lindbergh. J'ai assisté à une partie des étoiles, et c'était très triste de voir le filet vide. Il avait été élu meilleur gardien de but de la Ligue nationale de hockey; il s'est tué en conduisant en état d'ivresse. D'ailleurs, pendant que nous nous occupons de toxicomanie, nous pourrions envisager de remettre la limite d'âge pour l'alcool à 21 ans. Aux Etats-Unis, c'est chose faite. Pourquoi ne pas suivre l'exemple des Etats-Unis?

**M. Baker:** Bravo, bravo!

**Le président:** Merci, monsieur Baker.

Avant de passer au témoin suivant, sergent Pelletier, vous me permettez de vous poser une question?

**Sgt Pelletier:** Oui, monsieur le président.

**Le président:** Vous avez dit que vous ne pouviez pas mesurer le succès de vos programmes, que vous ne saviez pas combien de gens étaient dissuadés de prendre des drogues. Est-ce que vous avez des procédures qui vous permettent d'évaluer, des contrôles qui vous permettent de déterminer l'efficacité de votre programme d'éducation? Autrement dit, est-ce que vous allez dans certaines écoles et pas dans d'autres et que vous comparez ensuite la situation dans ces deux écoles?

**Sgt Pelletier:** Malheureusement, comme mon distingué ami l'a mentionné, je vais être affecté à Ottawa d'ici peu, et cela devrait me donner le temps de préparer un programme d'évaluation. J'ai déjà commencé à en jeter les bases. Jusqu'à présent, la seule évaluation que nous ayons, ce sont les lettres de remerciement, des lettres qui nous viennent parfois des étudiants eux-mêmes, et qui sont très touchantes, ou encore des parents. Mais effectivement, nous devrions mettre en place une procédure d'évaluation, un questionnaire qui nous permettrait de vérifier l'efficacité de nos méthodes.

Le problème, c'est que nous disposons de très peu de temps quand nous allons dans les écoles; j'en profite pour vous en parler. Nous disposons d'une période de 50 minutes, c'est le maximum. Si on nous donne deux périodes, nous faisons deux groupes, et cela donne de meilleurs résultats. Mais si nous devons consacrer 10 minutes à des explications sur la façon de remplir le questionnaire, je préfère profiter de ces dix minutes pour parler de l'abus des drogues. Je suis certain que nous réussirons à trouver un moyen pour mieux juger du succès de notre programme.

**Le président:** Sergeant Pelletier, au nom du Comité, je vous remercie. Nous allons maintenant entendre le témoin suivant, et si vous voulez rester là . . . Monsieur Baker?

**M. Baker:** Excusez-moi, monsieur le président, j'invoque le Règlement. On a répété trois fois que notre témoin devait venir s'installer à Ottawa. Peut-il nous expliquer ce qu'il vient faire à Ottawa? Est-ce qu'on lui a donné un poste de direction bien pépère? Est-ce que c'est cela?

**Sgt Pelletier:** Vous parlez à quelqu'un qui aime bien être dans le vif de l'action. ON n'essaie pas de se débarrasser de moi en me donnant de l'avancement, en fait, c'est un peu



[Texte]

The commanding officer in my division tried to keep me there and do both the provincial program and the national part of the program, but obviously I have learned that for this to be successful throughout the country we have to go to different regions and we have to have somebody here who can co-ordinate all of that. And I am the guy who has been picked.

**The Chairman:** Thank you very much. We appreciate your being with us tonight—

**Sgt Pelletier:** Thank you.

**The Chairman:** —and if we have further questions for you in the ensuing weeks we will be in touch with you again.

**Sgt Pelletier:** Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you.

I wonder if we could have Mr. Howard Greenstein come before the committee now.

Mr. Greenstein, we would like to welcome you before the committee. Mr. Greenstein is the Executive Director of the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, known as SADAC. We are pleased to have you before the committee. If you wish to make some opening remarks we could then follow that with some questions.

**Mr. Howard Greenstein (Executive Director, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission):** Thank you.

Mr. Chairman, hon. members of the committee, it is my pleasure to be here this evening representing the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission, commonly known as SADAC. As you know, my name is Howard Greenstein and I am the Executive Director of SADAC. My own professional background is in clinical psychology and in management and I have been involved in the field of alcohol and drug abuse since 1970 in three provinces.

It is gratifying to see that the problems of alcohol and drug abuse, which have such a significant impact on our population, are currently receiving such serious national attention. I would like to present you with a very brief background on SADAC and events which have led to the development of a major comprehensive program of initiatives concerning alcohol, drugs and youth in Saskatchewan.

• 1950

We believe these initiatives in Saskatchewan may provide important information for the national drug strategy currently being developed.

The Saskatchewan Alcohol and Drug Commission, or SADAC, is responsible, by virtue of provincial legislation, for providing leadership in research, prevention, and treatment in the Saskatchewan addiction milieu. Our purpose is to counteract the incidence and prevalence of alcohol and other drug abuse through the provision and support of education, prevention, and training programs for Saskatchewan residents. SADAC also provides treatment and counselling services to

[Traduction]

difficile à croire, mais le commandant de ma division a même essayé de me garder et de me charger à la fois du programme provincial et du programme national. Or, j'ai eu l'occasion de constater que pour que ce programme soit utile dans tout le pays, il faut qu'il soit appliqué dans toutes les régions, et nous avons besoin de quelqu'un ici pour le coordonner. C'est moi qu'on a choisi.

**Le président:** Merci beaucoup. Nous apprécions beaucoup votre visite...

**Sgt Pelletier:** Merci.

**Le président:** ... et si nous avons d'autres questions à vous poser d'ici quelques semaines, nous vous contacterons.

**Sgt Pelletier:** Merci beaucoup.

**Le président:** Merci.

Je demande maintenant à M. Howard Greenstein de s'approcher.

Monsieur Greenstein, nous vous souhaitons la bienvenue au Comité. M. Greenstein est directeur exécutif de la Commission de la Saskatchewan sur l'abus de l'alcool et des drogues, commission que l'on désigne par le sigle SADAC. Nous sommes heureux de vous recevoir. Si vous avez une déclaration, nous vous écoutons, nous vous poserons ensuite des questions.

**M. Howard Greenstein (directeur exécutif, Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission):** Merci.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, c'est un plaisir que d'être ici ce soir et de représenter la *Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission*, communément appelée SADAC. Comme vous le savez, je suis Howard Greenstein, directeur exécutif de la SADAC. Personnellement, je me suis occupé de psychologie clinique et d'administration, et également de toxicomanie et d'alcoolisme depuis 1970, et cela, dans trois provinces.

Je suis heureux de voir que les problèmes d'alcool et de drogue, qui ont une telle incidence sur notre population, sont actuellement pris très au sérieux au niveau national. Je vais maintenant vous parler rapidement de la SADAC et des événements qui ont conduit à la mise en place d'un programme complet d'initiatives au sujet de l'alcool, de la drogue et de la jeunesse en Saskatchewan.

Nous croyons que ces initiatives en Saskatchewan permettront de recueillir des informations importantes pour la stratégie nationale de lutte contre la drogue, que l'on cherche actuellement à mettre en place.

La *Saskatchewan Alcohol and Drug Commission*, ou SADAC, est responsable, aux termes de la législation provinciale, de la recherche, de la prévention et du traitement de la toxicomanie en Saskatchewan. Nous sommes là pour lutter contre l'abus d'alcool et d'autres drogues grâce à une intervention dans le domaine de l'éducation, de la prévention, grâce à des programmes de formation destinés aux résidents de la Saskatchewan. La SADAC offre également des traitements et



*[Text]*

thousands of persons with alcohol and drug disabilities each year through regional offices, major treatment centres, and various community-based agencies. Services have been provided by this agency for the past 30 years.

SADAC is responsible for alcohol and drug services to a population of a million people, in 300 urban and rural settings, with a current annual budget of \$12 million.

Over the past two years in Saskatchewan, as elsewhere in Canada, there has been increasing public concern about alcohol and drug abuse among young people. This concern prompted Saskatchewan's Minister of Health to establish an Advisory Committee on Alcohol, Drugs and Youth, composed of representatives from various community groups, to study the problem and to make recommendations concerning alcohol and drug programming for youth.

I would be pleased to make this report available to the committee, if you desire it. I believe the clerk has one copy of that report.

The Minister's Advisory Committee found that in 1983 there were over 570 physician services, 260 hospital cases, and 109 mental health cases in Saskatchewan for alcohol- and drug-related problems involving persons 12 to 18 years of age. These figures, I should point out, come from the formal computerized information systems in Saskatchewan, which are probably the most extensive in the country, and that probably represents a very conservative figure, because that would only represent cases actually coded as being alcohol- and drug-related. Many are not coded as such.

The Minister's Advisory Committee concluded that one in five adolescents experiences some sort of a problem with parents, teachers, or the law because of substance abuse. The Minister's Advisory Committee estimated that approximately 20,000 Saskatchewan adolescents require some form of intervention.

The final report of the Minister's Advisory Committee, released in May 1986, contained over 50 recommendations for the extension and improvement of alcohol- and drug-related services for youth. The Government of Saskatchewan undertook the implementation of these recommendations through the Premier's initiatives on alcohol and drugs announced in September of last year. The initiatives are the first components of a five-year plan of commitment, co-ordination, and involvement to meet the prevention, education, and treatment needs of youth. The initiatives are wide-ranging and broad-based, and are designed to elicit maximum community involvement.

I have provided you with just a couple of brochures that briefly outline some of these initiatives. There are quite a few more details I would be prepared to forward to the committee, if you so desire.

The Premier's initiatives include grants to community agencies and prevention, public awareness, and treatment

*[Translation]*

des services à des milliers de personnes qui, chaque année, ont des problèmes de santé liés à l'usage de l'alcool ou de la drogue. Nous agissons par l'entremise de nos bureaux régionaux, des principaux centres de traitement et de divers organismes communautaires. Cet organisme offre ses services depuis 30 ans.

La SADAC sert une population d'un million de personnes réparties en 300 groupes urbains et ruraux, et son budget annuel actuel est de 12 millions de dollars.

Depuis deux ans en Saskatchewan, comme ailleurs au Canada, le public s'inquiète de plus en plus des abus que font les jeunes de l'alcool et des drogues. C'est cette préoccupation qui a poussé le ministre de la Santé de la Saskatchewan à créer le comité consultatif sur l'alcool, les drogues et la jeunesse. Ce comité comprend des représentants de différents groupes communautaires et est chargé d'étudier le problème et de formuler des recommandations pour un programme de lutte contre l'alcool et les drogues chez les jeunes.

Si le Comité le souhaite, je me ferai un plaisir de lui en envoyer un exemplaire. Je crois que le greffier a déjà un exemplaire du rapport.

Le comité consultatif du ministre s'est aperçu qu'en 1983 il y avait eu plus de 570 prestations de médecins, 260 patients hospitalisés et 109 cas de santé mentale en Saskatchewan chez les enfants de 12 à 18 ans et que dans tous ces cas, l'alcool ou les drogues étaient à l'origine du problème. Je signale que ces chiffres sont tirés du système de données informatisées de Saskatchewan, qui est probablement le plus complet du pays, et que, d'autre part, ces chiffres sont probablement très prudents puisqu'ils tiennent compte uniquement des cas qui ont été codés en regard de l'alcool et de la drogue. Dans de nombreux cas, ce code-là n'est pas utilisé.

Le comité consultatif du ministre a conclu qu'un adolescent sur cinq avait des problèmes avec ses parents, ses enseignants ou avec les autorités, pour avoir utilisé des substances toxiques. Le comité consultatif du ministre a estimé qu'environ 20,000 adolescents de la Saskatchewan avaient besoin de services spéciaux sous une forme ou une autre.

Le rapport final du comité consultatif du ministre, publié en mai 1986, contenait plus de 50 recommandations pour l'élargissement et l'amélioration des services destinés à la jeunesse et s'occupant de drogues et d'alcool. Le gouvernement de la Saskatchewan a entrepris d'appliquer ces recommandations dans le cadre des initiatives du premier ministre sur l'alcool et les drogues, initiatives annoncées en septembre dernier. Ce sont les premiers éléments d'un plan quinquennal d'action, de coordination, de prévention, d'éducation et de traitement à l'intention de la jeunesse. Ce sont des initiatives très diverses et très ambitieuses, qui font appel dans toute la mesure du possible à la participation de la communauté.

Je vous ai apporté deux brochures qui décrivent rapidement certaines de ces initiatives. Si vous le désirez, je pourrais vous envoyer une documentation plus complète.

Les initiatives du premier ministre comprennent des subventions aux organismes communautaires et aux initiatives

## [Texte]

initiatives, as well as specific projects by various Saskatchewan government departments. I will briefly mention some of these. There is a brief description in the materials I have distributed.

A number of community grants were initiated during the past year. They included such things as eight new community-run out-patient centres, eight other community-based projects, including a youth detox centre that will probably be the first in the country, and a variety of other community-based local projects. SADAC now provides funding on an annual basis to about 30 community agencies to provide alcohol and drug programming.

In the area of prevention, there are quite a few diverse activities we are currently involved in. What I am focusing on right now is the new prevention initiatives which have been started just over the last few months, specifically focusing on youth.

One example is an adolescent assessment workshop we put on that proved to be so popular—there was so much interest in the education and social-service sector—that we had to offer three separate sessions in addition to the one we initiated. We had over 160 key individuals, from a variety of health, social service, education, and community agencies, attend these sessions.

In the first phases of the program, we distributed information packages to all 120 school boards in the province, 1,100 schools, as well as 1,200 community agencies in September and November of last year. Duplication rights have been obtained for many films and tapes so that SADAC can make them freely available to community agencies and to schools.

• 1955

We have also initiated several educational development projects to establish programs in a variety of areas, including parent and professional awareness, legal education and peer support training.

One of the most interesting school-related projects has been the development of a model school policy, which is being reviewed by all the school boards in Saskatchewan. I believe this is the first time in Canada that a model school policy has been suggested for all the schools in the province.

It was a co-operative effort between the Saskatchewan School Trustees' Association, the Saskatchewan Teachers' Federation, school administrators, the Departments of Education and Justice, and SADAC. I can also make copies of that draft policy available to the committee, if you desire.

In the public awareness area, which has received considerable discussion in the last few minutes, we have developed a number of television, radio, and newspaper advertisements, which have been placed since September to both increase public awareness of the initiatives, and to present young and

## [Traduction]

de prévention, de sensibilisation du public et de traitement, de même que des projets spéciaux au sein des divers ministères du gouvernement de la Saskatchewan. Je vais vous en mentionner quelques-uns rapidement. Dans les documents que je vous ai distribués, vous en trouverez une courte description.

Plusieurs subventions à la communauté ont été accordées au cours de l'année passée. Elles devaient financer des projets tels que huit nouveaux centres communautaires pour patients externes, huit autres projets communautaires, dont un centre de désintoxication pour les jeunes, qui sera probablement le premier dans le pays, ainsi que plusieurs autres projets locaux communautaires. La SADAC finance aujourd'hui annuellement près de 30 organismes communautaires, qui offrent des programmes de lutte contre l'alcool et les drogues.

Dans le secteur de la prévention, nous nous occupons actuellement d'activités très diverses. À l'heure actuelle, je m'occupe surtout des nouvelles initiatives de prévention qui ont été lancées depuis quelques mois et qui s'adressent surtout à la jeunesse.

Par exemple, nous avons organisé un atelier d'évaluation pour adolescents qui s'est avéré si populaire, qui a suscité tellement d'intérêt dans le secteur de l'éducation et des services sociaux, que nous avons dû organiser trois ateliers supplémentaires. Cent soixante personnes, représentant toute une série d'organismes de la santé, services sociaux, éducation, et organismes communautaires ont assisté à ces ateliers.

Dans un premier temps du programme, nous avons distribué des trousseaux d'information aux 120 commissions scolaires de la province, à 1,100 écoles et à 1,200 organismes communautaires en septembre et novembre derniers. La SADAC a obtenu le droit de copier beaucoup de films et de bandes pour pouvoir les distribuer librement dans les organismes communautaires et les écoles.

Nous avons également mis en place plusieurs projets de développement en vue de créer des programmes éducatifs sur des sujets variés, prise de conscience des parents et des professionnels, éducation juridique et réseau d'entraide mutuelle.

Un des projets scolaires les plus intéressants a été la création d'une politique scolaire modèle qui est actuellement étudiée par tous les conseils scolaires de la Saskatchewan. Je pense que c'est la première fois au Canada qu'une politique scolaire modèle est proposée à toutes les écoles d'une province.

C'est grâce à un effort coopératif entre l'Association des conseillers scolaires de la Saskatchewan, la Fédération des enseignants de la Saskatchewan, les administrateurs scolaires, les ministères de l'Éducation et de la Justice et la SADAC. Si le Comité le souhaite, je peux également lui soumettre un exemplaire de ce projet de politique.

Quant à la sensibilisation du public, dont on a beaucoup discuté tout à l'heure, nous avons préparé plusieurs messages publicitaires pour la télévision, la radio et les journaux. Ceux-ci sont diffusés depuis septembre et sont destinés à sensibiliser le public aux initiatives qui existent et à offrir aux jeunes et



*[Text]*

old alike with lifestyle alternatives to alcohol and drug consumption.

I have just a few of these ads with me, and I would be pleased to play them for you afterwards, if you wish.

We also hosted a seminar for owners and managers of major media outlets, including television, radio, and newspapers, and one result of that was a newspaper supplement put out by *The Regina Leader Post*, which was quite an in-depth coverage of the field.

Unfortunately, I only brought one copy with me. But I believe you have it, and you might wish to circulate it. I believe it is probably the most in-depth coverage I have seen from a newspaper. It was not merely focusing upon the more flashy aspects of the alcohol and drug field. It looked at it in a degree of depth that I thought was quite good. We worked closely with them on that.

We co-ordinated a provincial drug awareness week in November, and, again, we did quite a few community activities. We had a lot of profiles in the media. That particular supplement, which I have mentioned to you, appeared during drug awareness week. We had a lot of coverage on television.

There is one thing that I believe the committee might be interested in, given the questions and some of the remarks that were made just a few moments ago. A lot of the television ads that we have developed—in addition to the paid time that we get on the air, we get quite a bit of free air time, and that is because of the liquor advertising regulations that exist in Saskatchewan. These regulations require that 15% of the air time devoted to alcohol advertising be devoted to educational messages.

So we have found that the ads, once we have prepared them, receive quite a good deal of air time at all times. It is not just at odd times. We have seen them aired Saturday morning during the children's cartoon shows. We have seen them aired Friday and Saturday night at prime time and during the late show.

I would just like to note, given earlier comments about the CRTC, that I made a presentation on behalf of SADAC to the CRTC last year, when they were reviewing the alcohol advertising regulations. We recommended very strongly, as did Health and Welfare Canada, that a system similar to that which exists in Saskatchewan regulations be adopted at the national level; that a certain percentage of the air time that is currently devoted to alcohol advertising should, in fact, by regulation, stipulate that a certain percentage of that be devoted to educational messages.

We are finding that it is working very well, indeed, in Saskatchewan, and we are getting far more air time than we could possibly budget for currently. I thought you might be interested in that aspect.

*[Translation]*

aux vieux également un mode de vie qui n'est pas axé sur l'alcool et la consommation de drogues.

J'ai quelques-uns de ces messages ici, et je pourrais vous les passer tout à l'heure si vous le souhaitez.

Nous avons également organisé un séminaire pour les propriétaires et les gérants des principaux médias, dont la télévision, la radio et les journaux, et ce séminaire a permis, entre autres, la publication dans le *Regina Leader Post* d'une étude très approfondie du problème.

Malheureusement, je n'en ai qu'un exemplaire sous la main. Je crois vous l'avoir donné; vous pourriez le faire circuler. C'est probablement l'article le plus approfondi qui ait jamais paru dans un journal, et il ne se contente pas de traiter les aspects les plus superficiels de l'alcool et des drogues, il approfondit le sujet d'une façon très intéressante. Nous avons travaillé en étroite collaboration avec les auteurs de cet article.

Nous avons coordonné une semaine provinciale de sensibilisation au problème de la drogue en novembre, et nous nous sommes également occupés de plusieurs activités communautaires. Nous avons fait paraître beaucoup de choses dans les journaux. Ce supplément dont je vous ai parlé a paru pendant la semaine de sensibilisation au problème de la drogue. Nous avons également été très présents à la télévision.

Il y a une chose qui pourrait intéresser ce Comité, si j'en juge par les questions et les observations que j'ai entendues tout à l'heure. Beaucoup de messages publicitaires préparés pour la télévision sont diffusés gratuitement, en plus des messages dont nous payons la diffusion, et cela à cause de règlements sur la publicité sur l'alcool qui existent en Saskatchewan. D'après ces règlements, 15 p. 100 du temps d'antenne consacré à la publicité sur l'alcool doit être consacré à des messages éducatifs.

Par conséquent, lorsque nous préparons des messages publicitaires, ils passent assez souvent, avec une certaine régularité, et non pas à l'occasion. Il est arrivé qu'ils passent le samedi matin, pendant les dessins animés destinés aux enfants. Certains sont passés le vendredi et le samedi soir, pendant les heures de grande écoute et pendant les spectacles de fin de soirée.

A la lumière de ce qu'on a dit tout à l'heure au sujet du CRTC, je vous signale que j'ai fait un exposé devant le CRTC l'année dernière au nom de la SADAC. C'était à l'époque où le CRTC étudiait les règlements sur la publicité sur l'alcool. Tout comme Santé et Bien-être Canada, nous avons recommandé qu'un système comparable à celui de la Saskatchewan soit adopté pour l'ensemble du pays, autrement dit, qu'un certain pourcentage du temps d'antenne consacré à la publicité sur l'alcool soit obligatoirement consacré à des messages éducatifs.

En Saskatchewan, cela fonctionne de façon très satisfaisante, et nous obtenons beaucoup plus de temps d'antenne que nous n'aurions les moyens d'en payer. J'ai pensé que cet aspect pouvait vous intéresser.



**[Texte]**

We have been involved in research for some years. One thing that is of particular interest is that we have undertaken a major research project under the umbrella of the Premier's initiatives.

In August and September of last year, we initiated a major telephone survey of youth and parents, and we will be using that on a provincial basis to look at a pre-post kind of impact on the various programs. In addition, it will give us some feedback, as we go along, as to how to tailor the programs.

Probably the most significant component of the initiatives is the establishment of a treatment centre that is dedicated to youth treatment at the former Whitespruce Canadian Forces Base near Yorkton, Saskatchewan. It will be the first free-standing adolescent treatment centre for chemical dependency in the country.

• 2000

I would be quite happy to answer questions about the whole area of treatment, because it is one we have taken the lead on in the country and one we have put considerable effort in in developing. We will be hosting a national conference on adolescent treatment in Regina on March 19 to March 21. As a matter of fact, I have just been informed that the Hon. Jake Epp will be coming as well to make a presentation, and I certainly would welcome any of the members of this committee who are interested to attend at that time.

**The Chairman:** What were those dates again, Mr. Greenstein?

**Mr. Greenstein:** March 19 to March 21, and it will specifically focus on adolescent treatment. This will be the first conference, to my knowledge, in Canada specifically focusing on that area.

We have also looked at the whole issue of after care, what happens to a young person after they have been in treatment, and after care, as well as individual and family therapy, will be provided to youth by regionally-based youth and family services co-ordinators, which are now in place in SADAC's regional offices. That is a new component of our overall provincial program we have just initiated as part of this initiative.

It is clear that Saskatchewan is dedicated to the prevention and treatment of alcohol and drug abuse among our youth. I think it is also clear that the province, through SADAC, wishes to establish a full-spectrum holistic approach to alcohol and drug programming for youth. Some youth require only information in order to make positive choices; some require problem-solving and decision-making skills in order to sift and sort information in order to make positive choices; and some will require counselling of a lifestyle, life skill, vocational, educational or alcohol and drug nature; and some will in fact need in-patient treatment.

We believe that initiatives aimed at youth are more effective if youth are involved in the development process, if their

**[Traduction]**

Depuis plusieurs années, nous faisons de la recherche; entre autres choses, nous avons entrepris un grand projet de recherche dans le cadre des initiatives du premier ministre.

En août et septembre derniers, nous avons lancé un grand sondage téléphonique parmi les jeunes et les parents, et nous utiliserons les résultats de ce sondage pour tirer des conclusions sur les effets des différents programmes et comparer la situation avant et après. De plus, cela nous donnera des indications sur les modifications à apporter aux programmes.

L'élément le plus important de ces initiatives, c'est probablement la création d'un centre de traitement destiné aux jeunes, à l'ancienne base des forces armées canadiennes de Whitespruce, près de Yorkton, en Saskatchewan. Ce sera le premier centre du pays exclusivement consacré au traitement des dépendances chimiques chez les adolescents.

J'aurais grand plaisir à répondre à des questions sur tous les aspects du traitement, car avec ce projet, nous ouvrons la voie, et nous y avons consacré beaucoup d'efforts. Du 19 au 21 mars, nous organisons une conférence nationale sur le traitement des adolescents à Regina. En fait, on vient de m'informer que l'honorable Jake Epp viendra faire un exposé; tous les membres de ce Comité qui désireraient assister à cette conférence seront les bienvenus.

**Le président:** Vous voulez nous répéter ces dates, monsieur Greenstein?

**M. Greenstein:** Du 19 au 21 mars, une conférence qui s'intéressera au traitement des adolescents. Que je sache, ce sera la première conférence au Canada consacrée à ce problème.

Nous avons également étudié tout le secteur des soins après traitement, ce que deviennent les jeunes après avoir subi un traitement de désintoxication, et, également, la thérapie familiale; tous ces services seront offerts aux jeunes par des coordinateurs régionaux des services destinés aux jeunes et à la famille qui travaillent déjà dans les bureaux régionaux de la SADAC. C'est un élément de notre programme provincial que nous venons de mettre en place dans le cadre de cette initiative.

Il est évident que la Saskatchewan est bien déterminée à prévenir et à traiter les problèmes d'alcoolisme et de drogue chez les jeunes. Il est évident également que la province, grâce à la SADAC, souhaite s'attaquer à tous les aspects du problème de l'alcool et de la drogue, grâce à un programme holistique complet. Pour certains jeunes, il suffit d'un peu d'information pour faire des choix positifs; d'autres ont besoin qu'on les aide à analyser ces informations pour résoudre les problèmes et prendre des décisions. Dans certains cas, les jeunes ont besoin qu'on les aide à choisir un mode de vie, ils ont besoin d'un service d'orientation professionnelle et éducative et de conseils sur l'alcool et les drogues. Pour d'autres, enfin, une cure s'impose.

Nous croyons que les initiatives destinées à la jeunesse sont plus efficaces si la jeunesse participe à leur création, si l'on

## [Text]

perspective is understood, and if their positive energy is built into any spectrum of programs. We do not believe that initiatives which profess to solve the problems of young people for them in a paternalistic manner are effective. We believe that the new initiatives in Saskatchewan will be effective in preventing and treating alcohol and drug abuse among youth. These initiatives are both extensive and holistic, and they have developed out of community action involving teenagers and adolescents.

I would like now to turn my attention to the national drug strategy for a moment. SADAC would like to commend the effort of the federal government in initiating consultations with the provinces on the national drug strategy. We are extremely pleased that our current initiatives and the national drug strategy tend to complement one another, particularly on the demand-reduction side, in the areas of youth treatment, prevention, training, research, and evaluation.

I have had the opportunity, as a member of the executive of the Federal/Provincial Subcommittee on Alcohol and Drug Problems, to provide the Department of National Health and Welfare with our best advice concerning the demand-reduction side of the national drug strategy. We have also been able to assist the national drug strategy secretariat in meeting key figures in this field in Saskatchewan. I imagine that Health and Welfare Canada will discuss aspects of the demand-reduction recommendations made by the subcommittee, but I would certainly be prepared to answer some general questions on that topic, if you wish, this evening.

We believe there is a need for leadership at the national level in guiding provincial and community efforts toward demand reduction. In addition, we believe that prominence and permanence can be added to such a strategy through the establishment of an enlarged permanent office in Health and Welfare to deal with this issue, or some other vehicle for federal-provincial co-operative efforts in this field upon which federal and provincial governments agree. Any move towards some sort of national institute on drug abuse in Canada, which has been discussed in various quarters, must, we feel, involve significant input from and co-operation with provincial addiction agencies and Health and Welfare Canada.

I understand that my presentation tonight is the first so far in your deliberations from provincial addiction agencies, and I would certainly be prepared, in general, to answer any questions on the history and evolution of those agencies in Canada, if you so desire.

We are concerned, however, that the areas of agreement between our recent efforts and the national drug strategy have been in fact the most difficult areas to secure federal cost-sharing for in the past. We have been unable, for example, to obtain federal cost-sharing in our prevention and in our training efforts, nor will we be able to share the cost of public awareness activities or youth treatment under the current VRDP, which is Vocational Rehabilitation of Disabled Persons, interpretations.

## [Translation]

comprend bien ces perspectives, si on fait appel à son énergie positive pour mettre en place un réseau de programmes. Nous ne croyons pas au mérite d'initiatives paternalistes qui cherchent à résoudre les problèmes des jeunes sans les consulter. Les initiatives prises en Saskatchewan devraient réussir, à notre avis, à prévenir et à traiter les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie parmi les jeunes. Ces initiatives sont à la fois multiples et holistiques, elles sont le fruit d'une action communautaire qui met en cause les adolescents et les jeunes.

J'aimerais maintenant vous parler d'une stratégie nationale en matière de drogues. La SADAC aimerait féliciter le gouvernement fédéral, qui a pris l'initiative de consultations avec les provinces sur une stratégie nationale en matière de drogues. Nous sommes particulièrement fiers de constater que nos initiatives actuelles et la stratégie nationale en matière de drogues se complètent mutuellement, en particulier dans les domaines de la réduction de la demande, du traitement des jeunes, de la prévention, de la formation, de la recherche et de l'évaluation.

En tant que membre de l'exécutif du Sous-comité fédéral-provincial sur les problèmes d'alcoolisme et de drogue, j'ai eu l'occasion de conseiller le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sur les questions de réduction de la demande dans le cadre d'une stratégie nationale en matière de drogues. Nous avons également aidé le secrétariat de la stratégie nationale à s'aligner sur certains chiffres clés en Saskatchewan. J'imagine que Santé et Bien-être Canada discutera des recommandations du sous-comité en matière de réduction de la demande, mais si vous le souhaitez, je peux déjà ce soir répondre à des questions d'ordre général à ce sujet.

Nous pensons que le gouvernement national a un rôle à jouer et peut guider les efforts des provinces et des communautés dans ce domaine. De plus, on pourrait mieux faire connaître cette stratégie et lui donner une plus grande permanence en créant un service permanent qui s'occuperait de ce problème au sein de Santé et Bien-être. Il pourrait s'agir également d'un autre organisme fédéral-provincial créé à cet effet. Si l'on devait créer un institut national de la toxicomanie au Canada, projet qui a fait l'objet de nombreuses discussions, il faudrait faire appel à la coopération des organismes provinciaux de toxicomanie et de Santé et Bien-être Canada.

Je crois que c'est la première fois ce soir que vous recevez le témoignage d'un organisme provincial de lutte contre la toxicomanie, et si vous le désirez, je peux répondre à des questions d'ordre général sur l'historique et l'évolution de ces organismes au Canada.

Cependant, les problèmes que nous avons rencontrés pour nous mettre d'accord sur un système de répartition des fonds entre nos initiatives récentes et la stratégie nationale nous inquiètent quelque peu. Par exemple, nous n'avons pas réussi à obtenir de partager les coûts de prévention et de formation avec les autorités fédérales, pas plus que nous ne pourrions partager les coûts de nos activités de sensibilisation du public et de traitement des jeunes dans le cadre du programme actuel de réadaptation professionnelle des handicapés.



[Texte]

• 2005

In addition, we will be unable to cost-share our recent program expansions or additions during the current VRDP term, because of the federal interpretation of the *status quo* agreement; the rules under which VRDP cost-sharing is governed during the term of the review.

We find it somewhat ironic that at the same time it is difficult to cost-share provincial alcohol and drug programs under VRDP, which is the historical fiscal arrangement under which alcohol and drug programs have been cost-shared by the federal government, Health and Welfare Canada should launch a national drug strategy with many of the same objectives as the provincial nonshareable programs. We are, however, quite optimistic that this means the provincial alcohol and drug programs will receive equitable federal cost sharing under the VRDP agreement, a revised VRDP agreement, or a separate alcohol and drug fiscal arrangement in the future. In that regard, I will be making a presentation here in Wednesday to the working group which is looking at revising those agreements.

This whole issue of the cost sharing figures prominently in the recommendations on the demand-reduction side of the national drug strategy.

On September 3 last year, with the Premier's support and approval, Saskatchewan embarked on the development of a full spectrum of alcohol and drug services for youth in Saskatchewan. We are encouraged that the federal government has initiated consultations on a national drug strategy which, on the demand-reduction side, complements our own initiatives. We are hopeful federal cost sharing and provincial initiatives will be a component of any national strategy to combat drug abuse, particularly among youth.

We are hopeful a federal-provincial partnership will emerge, both in carrying through Saskatchewan's recent initiatives and in carrying through the national drug strategy. The history of federal-provincial co-operation in this field, through the federal-provincial subcommittee, has been quite positive. The recent change of this body to the status of an official federal-provincial advisory committee reflects the current interest of federal, provincial, and territorial Ministers of Health in this area.

We look forward to working co-operatively on a national strategy over the coming months.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Greenstein.

Dr. McCurdy.

[Traduction]

De plus, il nous a été impossible d'obtenir le partage des coûts de l'expansion ou de l'élargissement récent de notre programme de réadaptation professionnelle des handicapés à cause de l'interprétation de l'entente de «*statu quo*» du gouvernement fédéral. Il s'agit des règles qui régissent le partage des coûts du programme de réadaptation professionnelle pendant la période de révision.

Ce qui est ironique, c'est qu'au moment même où nous avons du mal à obtenir le partage des coûts de nos programmes de lutte contre l'alcoolisme et la drogue dans le cadre du programme de réadaptation professionnelle des handicapés, qui a toujours été le véhicule de partage des coûts des programmes sur l'alcool et la drogue avec le gouvernement fédéral, Santé et Bien-être Canada lance une stratégie nationale en matière de drogues qui reprend un grand nombre d'objectifs des programmes provinciaux dont les coûts ne peuvent être partagés. Toutefois, nous espérons que cela signifie que les programmes provinciaux de lutte contre l'alcoolisme et la drogue bénéficieront d'un système fédéral équitable de partage des coûts dans le cadre de l'entente sur la réadaptation professionnelle, une entente révisée, ou encore dans le cadre d'une entente distincte sur les accords fiscaux sur les programmes d'alcoolisme et de drogue. À cet égard, je dois faire un exposé ici même, mercredi, devant le groupe de travail qui s'occupe de la révision de ces accords.

Tout ce problème du partage des coûts est un élément important des recommandations sur l'aspect réduction de la demande de la stratégie nationale en matière de drogue.

Le 3 septembre dernier, avec l'approbation et le soutien du premier ministre, la Saskatchewan s'est lancée dans la mise en place de tout un réseau de services consacrés à l'alcool et aux drogues et destinés aux jeunes de la Saskatchewan. Nous constatons avec plaisir que le gouvernement fédéral a entrepris des consultations sur une stratégie nationale en matière de drogue, sur l'aspect réduction de la demande, activité qui complète nos propres initiatives. Nous espérons que les dispositions de partage des coûts avec le gouvernement fédéral et les initiatives provinciales figureront dans cette stratégie nationale de lutte contre la toxicomanie, en particulier parmi les jeunes.

Nous espérons que les autorités fédérales et provinciales s'associeront pour appliquer les récentes initiatives de la Saskatchewan, ainsi que la stratégie nationale en matière de drogue. Grâce au sous-comité fédéral-provincial, il y a toujours eu une forte coopération entre les autorités fédérales et provinciales. Cet organisme est récemment devenu un comité consultatif fédéral-provincial officiel, ce qui prouve bien à quel point les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux s'intéressent à cette question.

Nous aurons grand plaisir à collaborer à la création d'une stratégie nationale au cours des mois qui viennent.

**Le président:** Merci, monsieur Greenstein.

Monsieur McCurdy.



[Text]

**Mr. McCurdy:** At the very outset you said there were approximately ... in tallying up the figures, there seemed to be about 1,000 adolescents who at some point, I guess when SADAC was organized, had been reported to medical authorities. Did I understand that correctly?

**Mr. Greenstein:** I could look up the figures.

You might be interested to know, along those lines, that in the last recorded year, 1985-86, out of approximately 9,000 clients who received treatment, approximately 1 in 3 was under the age of 30 and about 1,100 cases were under the age of 20; which is quite substantial.

Now, the specific figures I mentioned earlier ... I am not sure which specific figure you are focusing on.

**Mr. McCurdy:** I am trying to tally it up, because I have seen it referred to from a variety of sources. I was trying to summarize it in my own mind. Maybe we can use the 1,100 figure just as easily.

**Mr. Greenstein:** Yes, the 1,100 figure is for actual cases treated by SADAC and its funded agencies. We also keep track of all the cases coded as alcohol- and drug-related through physicians' office visits and through hospital admissions and discharges. We also combine all the different data bases, including criminal justice charges, impaired driving, and so on, and we tabulate them by geographic area.

**Mr. McCurdy:** What percentage of these were alcohol?

**Mr. Greenstein:** In our total treatment population overall, across all ages, about—

**Mr. McCurdy:** I was really thinking about the adolescents.

**Mr. Greenstein:** May I give you the overall first? It will help me get it together here.

Overall, about 70% report alcohol as their primary problem. About 30% overall report a dual addiction problem; that is, alcohol combined with some drug. Most of those are what we call "poly-addicted" or "poly-drug" users.

• 2010

I am afraid I do not have a breakdown with me of the under 19, if that is the age you would like to focus on, or the under 30 age group. But very often we see, contrary to a lot of public opinion, the people who actually reach the point of requiring treatment, specialized treatment for addictions, marijuana, cannabis products feature very, very prominently. Cannabis is probably the primary reported drug which causes young people problems, in addition to their drinking. Next to that would be narcotics of various forms.

**Mr. McCurdy:** You say cannabis in addition to ... ?

**Mr. Greenstein:** Usually, people who report ongoing problems with cannabis also tend to have a drinking problem.

**Mr. McCurdy:** A drinking problem. So these are what, addictive personalities?

[Translation]

**M. McCurdy:** Tout au début, vous avez dit qu'il y avait approximativement ... Vous avez vu que d'après les statistiques, environ 1,000 adolescents auraient été signalés aux autorités médicales; j'imagine que c'est au moment de l'organisation de la SADAC. Vous ai-je bien compris?

**M. Greenstein:** Je pourrais vérifier.

Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de noter que pour la dernière année pour laquelle nous possédons des statistiques, 1985-1986, sur 9,000 clients environ qui ont été traités, un sur trois environ avait moins de 30 ans, et environ 1,100 cas, moins de 20 ans; c'est considérable.

Quant aux chiffres que j'ai cités tout à l'heure ... Je ne sais pas à quoi vous faites allusion.

**M. McCurdy:** J'essaie de faire le calcul, car j'en ai entendu parler par plusieurs personnes. J'essayais de faire le point dans mon esprit. Mais nous pourrions prendre les 1,100 personnes aussi bien.

**M. Greenstein:** Effectivement, 1,100 personnes qui ont été traitées par la SADAC et par les organismes qu'elle finance. Nous suivons également tous les cas qui portent le code «alcool et toxicomanie» parmi les visites chez les médecins, les admissions dans les hôpitaux et les patients sortants. Nous épluchons également toute une série de données, y compris les poursuites en justice, la conduite avec facultés affaiblies, etc., et nous les organisons par région géographique.

**M. McCurdy:** Dans quel pourcentage des cas s'agit-il d'alcoolisme?

**M. Greenstein:** Pour l'ensemble de la population, sans distinction d'âge, environ ...

**M. McCurdy:** Je pensais aux adolescents.

**M. Greenstein:** Je peux vous donner le chiffre général pour commencer? C'est plus facile pour moi.

En général, 70 p. 100 des gens déclarent que l'alcool est leur principal problème. Pour environ 30 p. 100, c'est un problème double, alcoolisme et toxicomanie sous une forme quelconque. Dans la plupart des cas, il s'agit de «toxicomanie multiple», c'est-à-dire que plusieurs drogues sont utilisées.

Je n'ai malheureusement pas de détails sur les moins de 19 ans, si c'est le groupe d'âge qui vous intéresse, ou sur les moins de 30 ans. Mais très souvent, contrairement à ce que pense souvent le public, les gens qui en sont à un point où un traitement est nécessaire, une cure de désintoxication, prennent de la marijuana ou du cannabis; c'est excessivement fréquent. Le cannabis est probablement la principale cause des problèmes de drogues chez les jeunes, en plus de l'alcoolisme. Ensuite, viennent les différentes formes de narcotiques.

**M. McCurdy:** Vous dites le cannabis en plus de ... ?

**M. Greenstein:** D'ordinaire, les gens qui ont des problèmes avec le cannabis ont également des problèmes avec l'alcool.

**M. McCurdy:** Alcoolisme. Autrement dit, ils ont un seuil d'accoutumance très bas?

[Texte]

**Mr. Greenstein:** We could probably debate that one for the next ten years. What we know for sure is—

**Mr. McCurdy:** I asked you, you are the psychologist.

**Mr. Greenstein:** Especially when we get into the area of youth, I think we have to be very cautious about when we use the terms addicted or non-addicted. There is caution required because I think there is a danger of labelling some young people prematurely. Many of the criteria which you would use in assessing an adult to determine whether they are addicted or not, if you go through that list of criteria, many, many of them would, in fact, describe normal adolescent changes which are not that unusual. That is why we have been putting an increased effort into training a variety of professionals, specifically in assessment of adolescent addiction problems, because people who had specifically adult treatment experience tended to over-diagnose addiction per se in the adolescent population. Many of the features of normal adolescent change were being interpreted as showing, as you mentioned, addictive personality or a true full-blown addiction.

**Mr. McCurdy:** All right. Let us go back. You said 70% alcohol and 30% what?

**Mr. Greenstein:** That is, 30% report drugs other than alcohol, usually in combination with alcohol.

**Mr. McCurdy:** With alcohol.

**Mr. Greenstein:** Yes.

**Mr. McCurdy:** So the vast majority have an underlying alcohol problem in the first place.

**Mr. Greenstein:** Yes. Alcohol is by far the drug most abused in this country. No question about it.

**Mr. McCurdy:** Even among adolescents.

**Mr. Greenstein:** Yes, as far as we know.

**Mr. McCurdy:** I mean, the notion is that adolescents are all out smoking pot and therefore that is their major problem.

**Mr. Greenstein:** It tends to receive the most media attention. I think we also have to consider the fact that alcohol is an accepted drug of use within this country and, as was mentioned earlier within this committee hearing, alcohol use is in fact promoted very vigorously in all the media. Many parents for several years were quite willing to tell their kids, look, I do not care if you drink, just do not use drugs.

**Mr. McCurdy:** I think you mentioned another figure. I think you said 1 in 5 adolescents have a problem related to alcohol or drug use. Was this related to their own use, or family problems, or both, or what? That was not clear to me.

**Mr. Greenstein:** The Minister's Advisory Committee looked at a number of pre-existing studies. They did a number of on-site interviews and so on, but the statistics that result in those figures you are mentioning are basically an estimation based on studies that have been done in various places in Canada.

[Traduction]

**M. Greenstein:** Nous pourrions probablement en discuter pendant les 10 prochaines années. Ce que nous savons avec certitude...

**M. McCurdy:** Je vous pose la question, c'est vous le psychologue.

**M. Greenstein:** Surtout lorsqu'il s'agit des jeunes, il faut prendre le terme «accoutumance» avec beaucoup de réserve. En effet, il importe d'éviter d'étiqueter certains jeunes prématurément. La plupart des critères que vous utiliseriez pour évaluer le degré d'accoutumance chez un adulte décriraient d'assez près des changements normaux chez les adolescents, des manifestations qui ne sont pas tellement rares. C'est la raison pour laquelle nous avons essayé de former des professionnels dans différents domaines, pour leur permettre d'évaluer les problèmes d'accoutumance chez les jeunes, car les spécialistes qui traitent surtout des adultes ont tendance à exagérer le diagnostic d'accoutumance chez les adolescents. Beaucoup de caractéristiques de changements qui sont normaux chez les adolescents sont interprétées comme témoignant d'une personnalité avec un faible seuil d'accoutumance ou une accoutumance à part entière.

**M. McCurdy:** Très bien. Revenons en arrière. Vous avez dit 70 p. 100 d'alcool et 30 p. 100 de quoi?

**M. Greenstein:** Dans 30 p. 100 des cas, ils déclarent des drogues autres que l'alcool, d'ordinaire utilisées avec l'alcool.

**M. McCurdy:** Avec l'alcool.

**M. Greenstein:** Oui.

**M. McCurdy:** Autrement dit, dans la grande majorité des cas, il y a un problème sous-jacent d'alcoolisme au départ.

**M. Greenstein:** Oui. L'alcool est, de loin, la drogue la plus répandue dans ce pays. Cela ne fait pas de doute.

**M. McCurdy:** Même parmi les adolescents.

**M. Greenstein:** Oui, c'est du moins ce que nous croyons.

**M. McCurdy:** En attendant, on pense généralement que les adolescents fument du pot de façon effrénée, que c'est le principal problème.

**M. Greenstein:** C'est ce qui intéresse le plus les médias. Il faut considérer aussi que l'alcool est une drogue dont l'usage est accepté dans ce pays, et comme on l'a déjà dit devant ce Comité, il bénéficie d'une publicité vigoureuse dans tous les médias. Pendant longtemps, les parents n'hésitaient pas à dire à leurs enfants: écoute, tu peux boire si tu veux, mais ne prends pas de drogue.

**M. McCurdy:** Vous avez cité un autre chiffre. Je crois que vous avez dit qu'un adolescent sur cinq avait des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues. Est-ce que ce sont toujours des problèmes personnels, ou bien peut-il s'agir de problèmes familiaux, ou des deux ensemble? Je n'ai pas compris.

**M. Greenstein:** Le comité consultatif du ministre a passé en revue les études qui existaient déjà. Il a organisé des entrevues, mais les statistiques qu'on peut tirer de ces chiffres sont fondées sur des études effectuées dans diverses régions du Canada. Une personne sur cinq, c'est alarmant, mais ça ne



*[Text]*

The 1 in 5 figure, which is quite alarming, does not refer to the fact that 1 in 5 adolescents has a full-blown addiction problem. That refers to 1 in 5 adolescents reporting some level of problem due to their own use, some level of problem. Have you ever had a problem, for example, from survey data? The question might have read: Have you ever had a problem on account of alcohol or drug use which has affected your school, yes or no? Family life, yes or no? That sort of thing. So it could be any form of a problem. It could be something—

**Mr. McCurdy:** So it could be their use, or it could be their parents' use or—

**Mr. Greenstein:** No. This particular questionnaire item, if I recall correctly, was based on their own use, but what I am suggesting to you is that the 1 in 5 figure should not be over-interpreted; that 1 in 5 was any level of problem.

**Mr. McCurdy:** Yes.

**Mr. Greenstein:** It might mean they came home after curfew because they were drinking. It might mean that they fell asleep once in class.

• 2015

**Mr. McCurdy:** It is a kind of mushy statistic, is it not?

**Mr. Greenstein:** Yes. That one is an overall statistic that demonstrates the extent to which some people have had problems.

There was another statistic that went along with that. There was an overall estimate that one in fifty adolescents is a daily user. That would suggest some form of active treatment being required.

The one in five suggests some level of intervention; that is, prevention education—

**Mr. McCurdy:** I am just trying to, especially after my colleague mentioned using scare tactics as a teaching technique... The one in five is pretty mushy. The one in fifty could mean somebody who has a glass of wine with a meal. It could reflect the Italian population.

**Mr. Greenstein:** Do not forget, we are talking about adolescents.

**Mr. McCurdy:** Even for adolescents, it could reflect the Italian population. They drink wine at at least one meal a day.

**Mr. Greenstein:** It could, but I would be very concerned about an adolescent who was drinking daily, regardless of the amount.

**Mr. McCurdy:** I am trying to come to grips here with the nature of the problem, defining the problem in some objective way, so that we can get a grasp on how serious it is in Saskatchewan.

**Mr. Greenstein:** These figures are based on surveys that have been done by Health and Welfare Canada, surveys that have been done in the high school-aged population in British

*[Translation]*

signifie pas qu'un adolescent sur cinq a un véritable problème d'accoutumance. Cela signifie qu'un adolescent sur cinq avoue certains problèmes dont la gravité peut varier, des problèmes personnels. Avez-vous déjà vu les formules utilisées dans les sondages? La question qu'on posait était peut-être la suivante: avez-vous jamais eu un problème lié à l'usage d'alcool ou de drogues et qui ait eu des répercussions sur votre travail scolaire, oui ou non? Vie de famille, oui ou non, etc.? Le problème peut prendre beaucoup de formes. Il peut s'agir...

**M. McCurdy:** Autrement dit, soit ils ont usé de drogues eux-mêmes, soit leurs parents en ont usés...

**M. Greenstein:** Non. Si je me souviens bien de cette question, elle portait sur l'usage personnel de drogues, mais il ne faudrait pas penser que cet adolescent sur cinq qui a des problèmes a forcément des problèmes très graves.

**M. McCurdy:** Oui.

**M. Greenstein:** Dans certains cas, ils sont peut-être rentrés chez eux en retard parce qu'ils avaient bu. Par exemple, ils ont pu s'endormir en classe.

**M. McCurdy:** Ce n'est pas bien net comme statistique, n'est-ce pas?

**M. Greenstein:** Oui. C'est une statistique très générale, qui indique la portée du problème chez certains.

Elle est accompagnée d'une autre statistique selon laquelle un adolescent sur 50 fait un usage quotidien de drogues. Dans ce cas, un traitement s'impose.

Le un sur cinq, cela justifie une certaine intervention, une éducation préventive...

**M. McCurdy:** Mon collègue a parlé tout à l'heure des tactiques qui consistent à effrayer les gens pour les convaincre; j'essaie... Une personne sur cinq, c'est loin d'être très clair. Une personne sur cinquante, cela fait peut-être allusion à quelqu'un qui boit un verre de vin au repas. Il pourrait s'agir de la population italienne.

**M. Greenstein:** N'oubliez pas que nous parlons d'adolescents.

**M. McCurdy:** Même pour des adolescents, cela pourrait être caractéristique de la population italienne. Ils boivent du vin à un repas au moins dans la journée.

**M. Greenstein:** C'est possible, mais quelle que soit la quantité, un adolescent qui boit tous les jours, c'est déjà inquiétant.

**M. McCurdy:** J'essaie de cerner le problème, de le définir d'une façon objective, pour en déterminer la gravité en Saskatchewan.

**M. Greenstein:** Ces chiffres sont fondés sur des sondages qui ont été effectués par Santé et Bien-être Canada, sur des études dans les écoles secondaires de la Colombie-Britannique, ainsi



[Texte]

Columbia, and by the Addiction Research Foundation in Ontario. Those are general overall figures to give you a kind of ballpark estimate.

**Mr. McCurdy:** So these are not applicable to Saskatchewan in particular?

**Mr. Greenstein:** Those are not specific Saskatchewan survey data, no. We are in the process of doing that now.

**Mr. McCurdy:** I see. Let us switch then.

You mentioned something about a model school policy. Could you describe that for us?

**Mr. Greenstein:** Sure.

We basically took a look at a number of existing school policies related to alcohol and drug use. There was quite a bit of concern on the part of school-boards, administrators, and teachers about the fact that there was not a degree of consistency in terms of how alcohol and drug use were approached.

Many schools had some minimal level of policies, some schools had none, and some had fairly sophisticated policies developed over the years.

We took a look at a number of model policies from a number of different jurisdictions, and, through a number of meetings and consultations, we developed a sort of synthesis, which we thought might be applicable. We put it in the form of a model policy that could either be adopted or adapted by individual school-boards.

To give you a rough idea, there might be three major components of the model policy under which there would be a number of details. One component would be a commitment on the part of the school-board to preventive education activities within the school system; in other words, a first commitment by the school-board that, yes, we do have a responsibility in the area of alcohol and drug education. This, for many school-boards, would be the first explicit definition of that responsibility under their mandate.

Secondly, there is the whole area of how to handle incidents on school property that involve alcohol and drug use. Believe it or not, many schools do not have an explicit policy of how to deal with that.

Many school administrators and teachers were very concerned as to what their rights and obligations were under the Young Offenders Act and under the Charter of Rights and Freedoms. They were very confused. What was their obligation? What was their responsibility? What should they do and what, in fact, were they prevented from doing?

They were very concerned that there were some things that, maybe, they should not do, given the Young Offenders Act and Charter of Rights and Freedoms, which they did not fully understand.

So we looked at that whole area.

Thirdly, there is the whole issue of problems with alcohol and drug abuse within the school-aged population. We addressed the whole area of identification of problems, proper

[Traduction]

que sur des travaux de l'*Addiction Research Foundation*, en Ontario. Ce sont des chiffres généraux, qui vous donnent une idée de la situation.

**M. McCurdy:** Mais qui ne s'appliquent pas particulièrement à la Saskatchewan?

**M. Greenstein:** Non, ils ne s'appliquent pas spécifiquement à la Saskatchewan. Nous sommes en train de faire la même chose.

**M. McCurdy:** Je vois. Passons à un autre sujet.

Vous avez parlé d'une politique scolaire modèle. Pouvez-vous développer?

**M. Greenstein:** Certainement.

Nous avons commencé par étudier plusieurs politiques scolaires qui existent sur l'alcool et la drogue. Beaucoup de conseils scolaires, d'administrateurs et d'enseignants se sont inquiétés de ce que les politiques relatives à l'alcool et aux drogues manquent d'uniformité.

Beaucoup d'écoles avaient déjà des politiques en place, d'autres n'en avaient aucune, et certaines avaient arrêté avec le temps des politiques assez élaborées.

Nous avons repris plusieurs politiques modèles dans diverses juridictions, et grâce à des rencontres et consultations, nous avons fait une sorte de synthèse qui nous a semblé applicable. Nous lui avons donné la forme d'une politique modèle qui pourrait être adoptée ou adaptée par les conseils scolaires.

Pour vous donner une idée approximative, une politique modèle peut comprendre trois éléments principaux énoncés dans plus ou moins de détails. Un engagement de la part du conseil scolaire à organiser des activités d'éducation préventive constitue un de ces éléments. Autrement dit, le conseil scolaire commence par reconnaître qu'il a une responsabilité en matière d'éducation sur l'alcool et les drogues. Pour beaucoup de conseils scolaires, c'est la première définition explicite d'une responsabilité.

Deuxièmement, quelles mesures prendre en cas d'incidents liés à l'usage d'alcool ou de drogue dans les locaux scolaires. Croyez-le ou pas, il y a beaucoup d'écoles qui n'ont pas de politique officielle pour ce genre de choses.

Beaucoup d'administrateurs scolaires et d'enseignants ont voulu savoir quels étaient leurs droits et leurs obligations aux termes de la Loi sur les jeunes délinquants et de la charte des droits et libertés. Pour eux, c'était un sujet très confus. Quelles étaient leurs obligations? Quelles étaient leurs responsabilités? Que devaient-ils faire, que ne devaient-ils pas faire?

Ils s'inquiétaient, en particulier, de ne pas bien comprendre ce que la Loi sur les jeunes délinquants et la charte des droits et libertés leur interdisaient de faire.

Nous avons donc étudié tout ce domaine.

Troisièmement, l'ensemble des problèmes posés par l'abus d'alcool ou de drogue parmi la population d'âge scolaire. Nous avons étudié les questions de diagnostic, d'évaluation et de

*[Text]*

assessment, and referral to appropriate services. Within that context we looked at things such as a student assistance program, some sort of formal program to be set up within the school, and peer counselling programs, which we have been involved in for a number of years. We have extended that throughout the province, so ultimately it might be quite comprehensive in terms of its scope. Those are the three major areas.

**Mr. McCurdy:** What about reconciliation of the second one versus the third?

**Mr. Greenstein:** It is very interesting, because school administrators tended to want to focus on the second one.

They wanted to know what they had the right to do. They wanted to know whether they could open a kid's locker to see if he has drugs in it. They want to know when they can suspend a kid, when can they call the police, or should they call the police. Some school administrators were concerned about that.

• 2020

It was very interesting, we had the second-in-command in Saskatchewan of the RCMP on this working group, and he, almost more than anyone else, was telling them to back off on this area of when do you call the police and when do you bust a kid. He was saying what you really need to do is make a commitment to education within the school system, and you need to make a commitment to identifying problems and sending them for treatment. That is sort of how it happened. You had kind of a sub-group that was interested in sort of enforcement within the school system, but as time went on, and as people delved more and more into alcohol and drug issues, they found what they really wanted to look at was how to go about doing preventive education within the school system, and then on the other side of the coin, for kids who already have problems, how to go about helping them. In the final analysis there was very minor concern paid to the whole enforcement side of the issue, and we believe that is the healthy way to go.

We looked at a number of different types of enforcement efforts that, depending on how much effort you put into them, have a measurable effect. But long term we really have to look at preventive education and we have to treat those people who have problems.

**Mr. McCurdy:** With respect to enforcement there is the problem of sellers. I probably should have asked Sgt Pelletier, but do you find that most of the selling involves off-campus kids who intrude upon campus in order to sell in the school situation?

**Mr. Greenstein:** That would not be my primary area of expertise to tell you about that, in terms of actually knowing what the percentages are who would be on campus—

**Mr. McCurdy:** It was really just a matter of curiosity with respect to the second and third components of this policy.

*[Translation]*

référence aux services appropriés. Dans ce contexte, nous avons étudié la possibilité de créer des programmes d'aide aux étudiants, programmes qui pourraient être établis dans l'école, et programmes d'entraide parmi les étudiants. Ce sont des choses dont nous nous occupons depuis plusieurs années. Nous avons étendu cela à toute la province pour, éventuellement, en faire un programme unifié. Voilà donc les trois principaux secteurs.

**M. McCurdy:** Et comment conciliez-vous le deuxième et le troisième éléments?

**M. Greenstein:** C'est très intéressant, parce que les administrateurs scolaires souhaitaient centrer leurs efforts sur le deuxième éléments.

Ils voulaient savoir ce qu'ils avaient le droit de faire. Ils voulaient savoir s'ils pouvaient ouvrir le casier d'un élève pour y chercher de la drogue. Ils veulent savoir quand ils peuvent suspendre un enfant, quand ils peuvent appeler la police, ou s'ils peuvent appeler la police. Certains administrateurs s'inquiétaient de ces choses-là.

C'était très intéressant; l'adjoint au chef de la GRC en Saskatchewan a assisté aux délibérations du groupe, et c'est lui, surtout, qui leur a dit de ne pas s'inquiéter autant de savoir s'ils devaient appeler la police, s'ils devaient faire arrêter un enfant. Il leur a dit que l'important, c'était de s'occuper activement d'éducation dans le système scolaire, de chercher à déceler les problèmes, d'envoyer les enfants en traitement. Voilà donc comment les choses se sont déroulées. Une sorte de sous-groupe s'est intéressé aux questions qui relevaient de la police, mais avec le temps, les gens se sont tournés de plus en plus vers les problèmes d'alcool et de drogue, ils se sont aperçus que l'important, c'était l'éducation préventive dans le système scolaire. Autrement dit, l'important, c'est l'autre aspect de la médaille, les enfants qui ont déjà des problèmes, la nécessité de les aider. En dernière analyse, tout l'aspect intervention policière est passé au second plan, et nous pensons que c'est la bonne démarche.

Nous avons étudié plusieurs types d'interventions policières dont les effets sont mesurables, selon l'importance qu'on y attache. Mais à long terme, c'est surtout l'éducation préventive qui importe, la nécessité de traiter les gens qui ont des problèmes.

**M. McCurdy:** A propos de l'intervention policière, il y a le problème des revendeurs. J'aurais dû poser la question au sergent Pelletier, mais dans votre expérience, est-ce que la plupart des revendeurs sont étrangers à l'école et viennent de l'extérieur pour vendre dans les écoles?

**M. Greenstein:** Je suis loin d'être spécialiste en la matière, je ne sais pas quel pourcentage des revendeurs sont des étudiants...

**M. McCurdy:** En fait, si je vous ai posé la question, c'était par curiosité au sujet du deuxième et du troisième éléments de cette politique.



[Texte]

**Mr. Greenstein:** I really would not know. I would be just guessing if I told you that more drugs were sold on school property than off, or vice versa.

**Mr. McCurdy:** Well, not sold on or off. I know it is sold on; I have seen all kinds of examples of it being sold on. The real question is to distinguish between those who come to the campus—maybe some other kid, maybe a high school kid coming to an elementary school, or a drop-out coming back to the school to sell in the schoolyard or in the halls . . .

**Mr. Greenstein:** Based on people who come into treatment, I would say there is no question that involvement in trafficking goes right across the spectrum. There are students who become involved in trafficking to support their habit at the high school level and at the college level, certainly students in professional schools. Certainly there is no monopoly on the business of illicit drug trafficking held by a traditionally stereotypical criminal sub-culture; it is spread throughout.

Similarly within our treatment population, if I could refer to a question you made earlier in the evening, we certainly find there is no ethnic barrier, no income barrier to addiction problems. We get poor people; we get rich people; we get professionals; we get working people. Addiction is truly a democratic illness.

**Mr. McCurdy:** Well, it is not the United States, for sure.

**The Chairman:** Thank you, Dr. McCurdy.

I think our researcher, Mr. McNaughton, would like to ask you a few questions, Dr. Greenstein.

**Mr. Garth McNaughton (Researcher, Library of Parliament):** You expressed some dissatisfaction with the current federal cost-sharing arrangements, and you mentioned specifically the VRDP program. Is there currently cost-sharing with the provinces for drug abuse treatment and rehabilitation programs under the Canada Assistance Plan, or under the Established Programs Financing Arrangements? And why do you feel that a new vehicle for cost-sharing is necessary rather than the existing vehicles for cost-sharing?

**Mr. Greenstein:** It is quite an in-depth topic, and certainly I will not take the committee's time to go into it in all of its ramifications. And I should be very clear, there are ongoing discussions and reviews being held right now to look at it in more depth.

• 2025

The reason I highlighted VRDP was that some time ago—I believe it was in 1972—there was an agreement between the federal government and the provincial and territorial governments to use VRDP as the primary cost-sharing vehicle for alcohol and drug programs. Even though it was recognized by all parties concerned that the terms and the wording of that particular agreement did not exactly fit alcohol and drug

[Traduction]

**M. Greenstein:** Je n'en sais vraiment rien. Si je vous disais qu'il y a plus de trafic dans les locaux scolaires qu'à l'extérieur, ou l'inverse, je ferais une supposition.

**M. McCurdy:** Pas vraiment vendu en dehors de l'école ou dans l'école. Je sais que la vente se fait dans l'école, j'en ai beaucoup d'indications. La distinction importante, c'est celle qui existe entre les revendeurs qui viennent de l'extérieur, qui peuvent être d'autres enfants, un élève du secondaire qui vient vendre dans une école primaire, ou un élève qui a quitté l'école et qui revient pour vendre de la drogue dans la cour de récréation ou les couloirs . . .

**M. Greenstein:** Si on en juge par les gens qui se font traiter, il est certain que la gamme des trafiquants est très vaste. Il y a des étudiants qui font du trafic dans les écoles secondaires et les universités et les écoles professionnelles pour payer leur propre drogue. Le monopole du trafic des drogues illicites n'appartient certainement pas à la sous-culture criminelle stéréotype traditionnelle. C'est très généralisé.

De la même façon, parmi les gens que nous traitons—je pourrais revenir à une question que vous avez posée tout à l'heure et vous dire qu'il n'y a pas de barrière ethnique, pas de distinction selon les revenus. Nous avons des gens pauvres, des gens riches, des professionnels, des gens de la classe ouvrière. L'accoutumance, c'est une maladie parfaitement démocratique.

**M. McCurdy:** Pas aux États-Unis, en tout cas.

**Le président:** Merci, monsieur McCurdy.

Je crois que notre chargé de recherche, M. McNaughton, a des questions à vous poser, monsieur Greenstein.

**M. Garth McNaughton (chargé de recherche, Bibliothèque du Parlement):** Vous n'êtes pas satisfait des ententes de partage des coûts avec le gouvernement fédéral; vous avez parlé, en particulier, du programme de réadaptation professionnelle. Est-ce que le gouvernement fédéral partage actuellement les frais des programmes de traitement et de réadaptation avec les provinces dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada ou du financement des programmes établis? Également, pourquoi pensez-vous qu'un nouveau système de partage des coûts est nécessaire et que les systèmes actuels ne suffisent pas?

**M. Greenstein:** C'est un sujet qui a de nombreuses ramifications, et je ne voudrais pas abuser de votre temps en les explorant toutes. Je dois préciser, toutefois, que l'ensemble du système est actuellement à l'étude.

Si j'ai parlé du programme de réadaptation professionnelle, c'est qu'en 1972, je crois, un accord a été signé entre le gouvernement fédéral, les provinces et les gouvernements territoriaux, aux termes duquel le programme de réadaptation professionnelle devenait le principal moyen de partage des coûts des programmes de lutte contre l'alcool et les drogues. Les parties concernées reconnaissaient que les termes et



## [Text]

programs, it was mutually agreed that it would be used, for convenience.

As time went on, there tended to be a narrower and narrower interpretation of the wording of that agreement, such that various portions of the alcohol and drug programs, which are primarily delivered in this country by provincial addiction agencies... that interpretation became narrower and narrower, such that different parts of the programs were carved out and they were no longer cost-shared. It is our feeling, and certainly I would think it is a general consensus on behalf of provincial addiction agencies, that this is not in the spirit and intent of the original agreement, which was to cost-share programs to deal with the problems of alcohol and drug abuse.

Currently the VRDP is under *status quo* arrangements, which means all of the new programs we have initiated to deal with the youth issue would not be eligible during the period of the review. Certainly there is a bit of a hodgepodge. In some provinces certain programs are cost-shared under CAP, the Canada Assistance Plan. A program in another province is shared under VRDP. Some of our programs, in fact the youth treatment program we are initiating at Whitespruce, which looks as if it is going to be a \$2 million or more operation... currently, as far as we can see from an initial look at it, that would not be eligible for any type of cost-sharing.

**Mr. McNaughton:** What proportion of provincial treatment and rehabilitation program costs are financed by the federal government right now? What would be your estimate?

**Mr. Greenstein:** It varies from province to province. In the main, major treatment programs for adults, which have been cost-shared for a number of years, are cost-shared at approaching the 50:50 level. In other words, 50% would be funded by the federal government. Programs that came in later, as the interpretation became narrower, and in fact programs of an identical nature, would not be cost-shared.

**Mr. McNaughton:** So on average it would be much less than 50%?

**Mr. Greenstein:** It would be hard to say. It varies from province to province, as to how many of the services are newer and therefore may have been excluded after the interpretation became narrower; how many of them are traditional adult-treatment services; what proportion of their budgets are prevention oriented. As I have mentioned, we do not receive any cost-sharing for preventive programs. That seems quite inconsistent with the notion that we need to go forward with some major prevention programs in the country.

**Mr. McNaughton:** Do you have any for-profit treatment and rehabilitation centres in Saskatchewan?

**Mr. Greenstein:** No.

**Mr. McNaughton:** They are either not for profit or provincially run.

## [Translation]

l'énoncé de cette entente ne s'adaptait pas exactement aux programmes sur l'alcool et la drogue, mais elles décidaient de l'utiliser pour des raisons pratiques.

Avec le temps, l'énoncé de cette entente fut interprété de façon de plus en plus étroite, et certains éléments des programmes sur l'alcool et la drogue, dont les organismes provinciaux consacrés aux accoutumances sont les principaux responsables, finirent par échapper aux ententes de partage des coûts. Nous croyons, tout comme la plupart des organismes provinciaux sur l'accoutumance, que cette situation n'est plus conforme aux intentions de l'entente, qui prévoyait au départ de partager les coûts des programmes sur l'alcool et la drogue.

À l'heure actuelle, le programme de réadaptation professionnelle est en cours de remaniement, si bien que tous les nouveaux programmes que nous avons mis en place pour lutter contre les problèmes des jeunes ne pourront être financés avant la fin du remaniement. La situation est un peu anarchique. Dans quelques provinces, certains programmes sont financés dans le cadre du Régime d'assistance publique du Canada. Dans une autre province, ce sont les programmes de réadaptation professionnelle qui assurent le financement. Quant à nous, si vous prenez notre programme de traitement des jeunes de Whitespruce, qui, selon toute probabilité, coûtera 2 millions de dollars ou plus, pour l'instant, d'après la tournure que prennent les choses, il semble qu'aucun partage des coûts ne soit possible.

**M. McNaughton:** Quelle proportion des coûts des programmes provinciaux de traitement et de réadaptation est financée par le gouvernement fédéral à l'heure actuelle? À votre avis?

**M. Greenstein:** Cela varie d'une province à l'autre. Dans l'ensemble, les principaux programmes de traitement pour adultes, dont les coûts sont partagés depuis plusieurs années, sont financés, moitié-moitié, autrement dit, financés à 50 p. 100 par le gouvernement fédéral. Quant aux programmes qui sont venus plus tard, lorsqu'on a commencé à interpréter plus étroitement les ententes, leurs coûts ne sont pas partagés, même lorsqu'il s'agit de programmes identiques.

**M. McNaughton:** Autrement dit, dans l'ensemble, beaucoup moins de 50 p. 100?

**M. Greenstein:** C'est difficile à dire. Cela varie d'une province à l'autre, et il est difficile de faire la part des services plus récents qui ont pu être exclus du partage; il faut faire une distinction également lorsqu'il s'agit de services traditionnels de traitement des adultes et tenir compte aussi de la proportion des budgets consacrée à la prévention. Comme je l'ai dit, pour nos programmes de prévention, nous n'obtenons aucun partage des frais. Cela va à l'encontre du principe selon lequel ce sont ces programmes de prévention qui sont importants.

**M. McNaughton:** Y a-t-il des centres de traitement et de réadaptation à but lucratif en Saskatchewan?

**M. Greenstein:** Non.

**M. McNaughton:** Il s'agit soit de centres à but non lucratif, soit de centres provinciaux.

[Texte]

**Mr. Greenstein:** That is correct.

**Mr. McNaughton:** One third and final question, really a recapitulation of a question the chairman has asked: with scientific evaluations conducted to determine the effectiveness of both education and treatment programs, do you have any preliminary results now to indicate what treatment programs are more effective than others and what education programs are more effective than others?

**Mr. Greenstein:** We do an ongoing monitoring of treatment programs. We do not currently do any extensive experimental or quasi-experimental design types of research based on our treatment programs. The vast majority of treatment-outcome evaluation in Canada is done by the Addiction Research Foundation, and most other provincial agencies tend to rely upon their data.

• 2030

In the prevention area, Alberta, for example, SADAC has been really the foremost agency within the last five years or so in the country to do major prevention programs including television, radio and so on and they have done some rather extensive evaluations of those programs.

In terms of the impact of our new initiatives, as I have mentioned, we are doing some research now that we have just initiated to look at the impact of the overall prevention initiatives.

**The Chairman:** Mr. Greenstein, on behalf of the committee, may I thank you for coming here today.

**Mr. Greenstein:** Sure.

**The Chairman:** We have appreciated your testimony and the way you have answered the questions.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

**M. Greenstein:** Exactement.

**M. McNaughton:** Troisième et dernière question, et je veux faire le point sur une question qui a été posée par le président: des évaluations scientifiques de l'efficacité des programmes d'éducation et de traitement sont en cours; avez-vous des résultats préliminaires? Savez-vous déjà si certains programmes de traitement sont plus efficaces que d'autres, si certains programmes d'éducation sont plus efficaces?

**M. Greenstein:** Nous suivons de près les programmes de traitement. À l'heure actuelle, nous n'avons pas de programme de recherche expérimentale ou quasi expérimentale approfondie sur nos programmes de traitement. La plupart des travaux d'évaluation des résultats des programmes sont effectués par l'*Addiction Research Foundation* et, en règle générale, les autres organismes provinciaux se servent de leurs résultats.

Dans le domaine de la prévention, en Alberta, par exemple, la SADAC est l'organisme le plus actif depuis cinq ans et met en place de grands programmes de prévention, y compris des campagnes de publicité à la télévision et à la radio et une évaluation approfondie des programmes.

Quant à l'impact de nos nouvelles initiatives, comme je l'ai dit, nous venons de mettre en place un programme de recherche pour déterminer les résultats des initiatives que nous avons prises en matière de prévention.

**Le président:** Monsieur Greenstein, au nom du Comité, je vous remercie d'être venu aujourd'hui.

**M. Greenstein:** Je vous en prie.

**Le président:** Nous avons beaucoup apprécié votre témoignage et la façon dont vous avez répondu à nos questions.

La séance est levée.



















*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

*From the Royal Canadian Mounted Police:*

Sergeant Michel Pelletier, Drug Awareness and Education  
Program, Westmount, Quebec.

*From the Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commis-  
sion:*

Mr. Howard Greenstein, Executive Director.

#### TÉMOINS

*De la Gendarmerie royale du Canada:*

Sergeant Michel Pelletier, *Drug Awareness and Education  
Program*, Westmount (Québec).

*De Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission:*

M. Howard Greenstein, directeur exécutif.



HOUSE OF COMMONS

CHAMBRE DES COMMUNES

Issue No. 8

Fascicule n° 8

Tuesday, March 3, 1987  
Thursday, March 5, 1987

Le mardi 3 mars 1987  
Le jeudi 5 mars 1987

Chairman: Bruce Halliday

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing  
Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent  
de la*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et du Bien-être social

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2)  
relating to the mandate of the Department of National  
Health and Welfare with regard to the study of drug  
abuse

CONCERNANT:

Conformément à l'article 96(2) du Règlement, ordre de  
renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé  
nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de  
l'abus des drogues

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:*

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

Pursuant to S.O. 94(3) and a Report of the Striking Committee adopted on March 4, 1987

W. Paul McCrossan replaced Gilbert Chartrand.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:*

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

Conformément au paragraphe 94(3) du Règlement et au Rapport du Comité de sélection adopté le 4 mars 1987

W. Paul McCrossan remplace Gilbert Chartrand.

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 3, 1987  
(12)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, *in camera*, at 5:05 o'clock p.m., in Room 348 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Barry Turner, Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

The Committee resumed consideration of future business.

On motion of Brian White, it was agreed,—That the transcripts of *in camera* sessions be maintained by the Clerk of the Committee as confidential for thirty days following the tabling of a Report by the Committee and that they be destroyed thereafter.

It was agreed,—That the Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, be invited to appear before the Committee regarding pension for the disabled and during its consideration of the Main Estimates 1987-1988.

It was agreed,—That representatives from the Medical Research Council be invited to appear before the Committee during its consideration of the Main Estimates 1987-1988.

At 6:15 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, MARCH 5, 1987  
(13)

The Standing Committee on National Health and Welfare met at 9:18 o'clock a.m., in Room 371 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the University of Toronto:* Dr. H. Kalant, Department of Pharmacology, Faculty of Medicine. *From the Addiction Research Foundation:* Dr. R.G. Smart, Director, Prevention Studies.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Dr. H. Kalant made an opening statement and answered questions.

Dr. R.G. Smart made an opening statement and answered questions.

## PROCÈS-VERBAUX

LE MARDI 3 MARS 1987  
(12)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit à huis clos, aujourd'hui à 17 h 05, dans la pièce 348 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Barry Turner, Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

Le Comité continue à déterminer ses futurs travaux.

Sur motion de Brian White, il est convenu,—Que le greffier du Comité conserve, à titre confidentiel, copies de la transcription des séances à huis clos trente jours après le dépôt d'un rapport par le Comité, après quoi elles seront détruites.

Il est convenu,—Que l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social soit invité à comparaître devant le Comité concernant la pension versée aux invalides, ainsi qu'au cours de l'étude, par ce dernier, du budget principal des dépenses de 1987-1988.

Il est convenu,—Que les représentants du Conseil de recherches médicales du Canada soient invités à comparaître devant le Comité au cours de l'étude, par ce dernier, du budget principal des dépenses de 1987-1988.

À 18 h 15, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE JEUDI 5 MARS 1987  
(13)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 18, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Université de Toronto:* Docteur H. Kalant, département de pharmacologie, Faculté de médecine. *De l'Addiction Research Foundation:* Docteur R.G. Smart, directeur, Études de la prévention.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité continue à examiner le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif des drogues.

Le docteur H. Kalant fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Le docteur R.G. Smart fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.



At 11:03 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

À 11 h 03, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Thursday, March 5, 1987

• 0917

**The Chairman:** Order. We are continuing study of the illicit drug problem, the order of reference being pursuant to Standing Order 96(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare in the study of drug abuse. We are fortunate today in having as our witnesses, from the University of Toronto and from the Addiction Research Foundation, two gentlemen who are quite experienced in the area we studying, namely Dr. Harold Kalant, from the Department of Pharmacology, and Dr. R.G. Smart, Director of Prevention Studies at the ARF. Dr. Kalant, as some of you will know, has been a witness in many situations such as this, including hearings in Washington.

We are indeed happy to welcome you back to our committees here, Dr. Kalant. We understand you have prepared a statement for us on the work of the ARF, which we would very much like to hear, of course. We will then get into some discussion and questions on perhaps a broad range of topics, if that meets with the approval of yourself and Dr. Smart.

**Dr. Harold Kalant (Department of Pharmacology, Faculty of Medicine, University of Toronto):** Thank you, Mr. Chairman, members of the committee, and ladies and gentlemen.

I would like to begin by thanking you for the opportunity to tell a bit about the work of the Addiction Research Foundation and those aspects which I think may be of greatest interest to your committee. That will be followed today and on another occasion by more detailed presentations by Dr. Smart, Mr. Schankula, and possibly other members of the Foundation.

• 0920

We felt at the beginning we would give a brief outline of the background, facilities and special areas of expertise of the Foundation that might be of interest to you. This might help to guide further questioning in those aspects of the alcohol and drug problem about which we might be most able to provide you with useful information or opinions.

The Addiction Research Foundation began officially in 1949 when it was created by an act of the Ontario legislature establishing it as the Alcoholism Research Foundation. In 1961 the legislation was changed to broaden its mandate to include drugs other than alcohol, drugs which posed problems of abuse or dependence. But the basic tasks, other than extension to the other drugs, were not fundamentally changed.

They include carrying out research into all aspects of drug use and addiction and problems created by it, the development of treatment methods, the application of these treatment methods, the development of educational programs, including both the accumulation and dissemination of information, and training of personnel involved in programs of prevention and treatment in relation to alcohol and drug problems.

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le jeudi 5 mars 1987

**Le président:** Nous reprenons l'étude du problème des drogues illicites, et notre ordre de renvoi qui est fondé sur l'article 96(2) du Règlement, porte sur le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en matière de toxicomanie. Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui de l'Université de Toronto et de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, deux personnes qui s'y connaissent beaucoup dans le domaine qui nous intéresse, le Dr Harold Kalant, du Département de pharmacologie, et M. R.G. Smart, directeur des études de la prévention à la Fondation. Vous savez peut-être que le Dr Kalant a déjà témoigné à plusieurs reprises devant d'autres tribunes, notamment à Washington.

Nous sommes heureux de vous revoir, docteur Kalant. Vous avez préparé, je crois, un document à notre intention expliquant les travaux de la Fondation, et que nous écouterons avec plaisir. Nous pourrions ensuite vous interroger sur la Fondation et sur d'autres questions, si cela vous convient à vous et à M. Smart.

**Dr Harold Kalant (Département de pharmacologie, Faculté de médecine, Université de Toronto):** Merci, monsieur le président, mesdames et messieurs.

Merci de m'offrir l'occasion de vous expliquer ce qu'est exactement la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et de vous parler de ce qui pourrait vous intéresser le plus. Mon exposé de ce matin sera suivi par celui du Dr Smart, de même qu'éventuellement par ceux d'autres membres de la Fondation, dont M. Schankula.

Nous estimons qu'il convient de vous donner un aperçu des origines de la fondation, et de vous expliquer comment elle fonctionne et quels sont ses grands domaines de spécialisation qui pourraient vous intéresser. Cela pourrait vous être utile dans les questions que vous voudrez nous poser, car nous pourrions ainsi répondre de façon beaucoup plus pertinente.

La Fondation de la recherche sur la toxicomanie a été créée en 1949 par une loi ontarienne et s'appelait d'abord la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme. En 1961, son mandat a été étendu à d'autres drogues susceptibles d'entraîner l'abus et la toxicomanie, mais son objectif fondamental n'en a pas été pour autant modifié.

Les tâches principales de la Fondation sont les suivantes: faire des recherches sur tous les problèmes liés à l'alcool et à la drogue, développer de nouvelles méthodes de traitement et offrir des installations de traitement aux malades, mettre au point des programmes d'information sont la compilation et la diffusion de renseignements, et former le personnel qui s'occupe de la prévention et du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

## [Text]

Although they are not spelled out in the legislation, unofficially other tasks have also become important roles of the Foundation, namely, the provision of consulting services and advice to governmental bodies and international bodies on policies and practices with respect to alcohol and drug problems.

The Foundation began very modestly in its early years. Mr. H. David Archibald was given the task of setting up the Foundation. He presided over it during all of the years of its major development for the first quarter-century of its development. What he had built up out of that Foundation is now illustrated in the basic structural pattern and the programs of the Foundation.

Legally the members of the Foundation are in a sense the members of the board who are appointed by the provincial government on the recommendation of the president and to whom the president answers directly. There is a professional advisory board of people from medical and other related professions with an interest in this problem. There is a special board for the clinical institute.

The divisions of the Foundation that answer to the president include the Clinical Institute Division, which carries out both treatment and research into treatment methods. There is the Social and Biological Studies Division, formerly known as the Research Division, which is the only one with the exclusive task of research in both basic biomedical and epidemiological, sociological, and other behavioural areas of research into the causes and factors modifying alcohol and drug problems and those aspects that can serve as future methods of prevention and treatment. There is the Education Resources Division, about which I will have a bit more to say in a few moments, and the School for Addiction Studies, which began originally under the aegis of the Addiction Resources Division and which is now a separate division. Then there are the Community Resources Division and the Administrative and Support Divisions, which are simply to provide the nuts and bolts that keep the Foundation working.

The budget of the Foundation is currently about \$31 million, roughly. The share of the Community Services Division is roughly 25%, the executive and the administrative support services take up roughly about 20% or a shade more, and Education Resources gets nearly 8%, while the School of Addiction Studies gets 3%, the Clinical Institute takes up about 34% and the Social and Biological Research Division about 9%. But if you count the research component of the Clinical Institute, there is a combined research expenditure by the two divisions.

• 0925

I would like to briefly give you an idea of the major lines in which research and some of the other activities are carried out. First of all, the Foundation is undoubtedly the largest single research organization in the area of alcohol and drug problems in Canada, and it is one of the largest in the world. It has more than 50 active scientists in its complement and it looks into all

## [Translation]

Même si la loi organique de notre Fondation ne le mentionne pas de façon expresse, d'autres tâches plus officielles sont venues s'ajouter, notamment la mise sur pied de services de consultation auprès d'organismes gouvernementaux et d'autres agences internationales sur les politiques et les pratiques en matière de toxicomanie.

M. H. David Archibald a présidé aux débuts très modestes de la Fondation, puis à son développement et à son épanouissement pendant les 25 premières années. Ce qu'il a bâti se trouve illustré dans l'infrastructure même de la Fondation et dans ses programmes.

Du point de vue juridique, les membres de la Fondation sont en quelque sorte membres du conseil d'administration nommés par le gouvernement provincial sur recommandation du président et à qui le président est directement comptable. La Fondation peut aussi consulter un groupe d'experts-conseils de la profession médicale ou de professions connexes qui s'intéressent directement à cette question. L'institut clinique, quant à lui, a son propre conseil d'administration.

Le président répond de l'institut clinique qui traite les malades et effectue de la recherche sur les méthodes de traitement. Il répond également de la Division des études sociales et biologiques, qui s'appelait précédemment la Division de la recherche, division qui est la seule dont la tâche soit exclusivement centrée sur la recherche fondamentale d'ordre biomédical, épidémiologique, sociologique, et comportemental sur les causes et les facteurs modifiant les problèmes de toxicomanie et sur ce qui pourrait éventuellement servir de méthodes de prévention et de traitement. Le président répond également de la Division des ressources de l'éducation dont je parlerai un peu plus en détail plus tard, et de l'école de toxicomanie qui relevait à l'origine de la Division des ressources sur la toxicomanie et qui est maintenant une entité distincte. La Fondation comprend également une Division des ressources communautaires et une Division des services administratifs et de soutien qui servent uniquement à faire rouler la boîte.

Le budget de la Fondation est d'environ 31 millions de dollars. La part des services communautaires est d'environ 25 p. 100, le conseil d'administration et les services administratifs et de soutien représentent quelque 20 p. 100, ou un peu plus, les ressources éducatives se chiffrent presque à 8 p. 100, alors que l'école de toxicomanie représente 3 p. 100 du budget, l'institut clinique, environ 34 p. 100, et la recherche sociale et biologique, environ 9 p. 100. Si vous incluez la recherche effectuée par l'institut clinique, vous pouvez donc combiner les crédits de recherche des deux divisions.

Je voudrais maintenant vous expliquer brièvement les grandes lignes de notre recherche et de nos autres activités. Tout d'abord, notre fondation est sans doute l'organisme de recherche en alcoolisme et en toxicomanie le plus important au Canada, et c'est également l'un des plus grands dans le monde. Plus de 50 chercheurs y travaillent activement et s'intéressent



## [Texte]

aspects of alcohol and drug use, abuse and dependence, and it applies to all drugs—alcohol, opiates, marijuana, tranquilizers, cocaine and so on. The reason for this is simply that we believe the causes, the mechanisms, the manifestations, the consequences, cannot meaningfully be separated for legal and illegal drugs—for alcohol and other types of agent. If one is to understand the process in relation to one drug, one has to look at all of them.

Under treatment research there is, largely in the Clinical Institute, research into diagnostic methods, such things as the development of an alcohol dipstick for immediate, on-the-spot measurement of alcohol concentration in the urine or blood or saliva; the development of liver function studies for the early detection of alcohol-induced damage, brain damage and so on; new approaches to therapy, both medical and pharmacological, and also behavioural and social therapies. Separate groups carry out research into many different aspects of treatment development and testing and evaluation in the Clinical Institute. And it covers all aspects, that is, addiction itself and also the medical and social consequences of addiction—the damage resulting secondarily from it.

In the epidemiology area, which Dr. Smart will be talking about in a few moments, the Foundation carries out biennial surveys of drug use by school children and, in the intervening years, studies special groups such as the adult population at large, or university students, the elderly, special-target groups of particular interest for specific reasons. There is also a statistical unit that gathers and summarizes statistics on alcohol and drug problems from all over the world.

The results of these surveys in the statistical group provide an excellent data base for monitoring trends in the problems in Canada and elsewhere. And the epidemiology group have also been world leaders in the theoretical analysis of the impact of policy decisions on such things as price, legal availability, legislation changes and so on, on levels of use and on levels of misuse and the consequences of that.

In the area of the basic research, the target has been principally the nature of brain mechanisms that underlie the development of addiction, of drug self-administration and of impulsive self-administration, and also of the development of tolerance and dependence. This research the Foundation has always regarded as a long-term investment. This is not meant to answer immediate problems but to do research which will lead to new methods of treatment or prevention some years down the road, as opposed to the immediate, short-term research for steps to be taken now.

Program development research aims at developing, formulating, testing and evaluating—design, test, evaluate—

## [Traduction]

à tous les aspects de la toxicomanie—abus et dépendance—et à tous les genres de drogues: alcool, opiacés, marijuana, tranquillisants, cocaïne, etc. Pourquoi, c'est que d'après nous, on ne peut pas faire la distinction entre les drogues licites et les drogues illicites—c'est-à-dire entre l'alcool et les autres types de drogues—lorsque l'on parle des causes, mécanismes, manifestations et conséquences de leur consommation. Si l'on veut comprendre comment fonctionne une drogue, il faut les étudier toutes.

À l'Institut clinique, on s'intéresse particulièrement aux méthodes de diagnostic et l'on cherche à mettre au point en particulier un bâtonnet gradué qui permet de mesurer instantanément la concentration d'alcool dans l'urine, dans le sang ou dans la salive; on s'intéresse aux fonctions hépatiques pour pouvoir déceler le plus rapidement possible toute lésion due à l'alcool, et particulièrement toute lésion cérébrale; on s'intéresse également à de nouvelles méthodes thérapeutiques, par traitement médical ou par traitement pharmacologique, de même qu'aux nouvelles thérapies comportementales et sociales. L'Institut clinique regroupe plusieurs sections distinctes qui étudient les divers aspects des méthodes de traitement, les mettent à l'essai et les évaluent. Nous couvrons tous les aspects de la question à partir de la toxicomanie proprement dite jusqu'à ses conséquences médicales et sociales, y compris les lésions secondaires résultantes.

M. Smart vous parlera plus en détail de notre recherche épidémiologique; cependant, laissez-moi vous dire que la fondation mène tous les deux ans des enquêtes pour déterminer quelle est la consommation de drogues chez les écoliers et, entre temps, mène d'autres études sur des groupes cibles tels que la population adulte en général, la population universitaire, ou les personnes âgées, et cela pour répondre à des conjonctures particulières. Nous avons également une unité qui compile des statistiques sur les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, recueillies partout dans le monde.

Ces enquêtes servent de base de données qui nous permet de surveiller les courbes de la toxicomanie au Canada et ailleurs. Notre groupe d'épidémiologistes est également le chef de file mondial de l'analyse théorique des répercussions que peuvent avoir les décisions politiques et les changements législatifs sur le prix et l'approvisionnement légal en drogues, de même que sur les niveaux de consommation et d'abus.

En ce qui concerne la recherche fondamentale, nous nous sommes intéressés tout particulièrement aux mécanismes du cerveau qui permettent le développement de la toxicomanie, de même qu'aux caractéristiques de ceux qui s'administrent eux-mêmes les drogues—que ce soit de façon compulsive ou non—et enfin au développement de la tolérance et de la dépendance. Pour la fondation, c'est ce que nous appelons nos investissements à long terme. Nous ne cherchons pas par là à répondre à des problèmes immédiats, mais à mener des recherches qui permettront de découvrir éventuellement de nouvelles méthodes de traitement ou de prévention dans quelques années, par opposition aux recherches immédiates et à court terme qui donnent des résultats du jour au lendemain.

La recherche sur l'élaboration des programmes vise à mettre au point, à formuler, à mettre à l'essai et à évaluer—autre-

## [Text]

preventive education programs, primarily at the school level and at the level of employee assistance programs, which have increasingly become oriented towards the promotion of a healthy lifestyle, rather than simply treating alcohol and drug problems that have already arisen and have become obvious.

There is a major effort in "drinking-driving" research, and I put "drinking-driving" in quotation marks because it is not confined to alcohol. It is also starting now to include research into the role of other drugs in driving accidents. The group studies epidemiological aspects and has made a major contribution to this aspect in Canada. It has also done and continues to do work on the detection and prevention of alcohol and drug problems related to driving. For this work it engages in continuing national and international collaboration with both governmental and non-governmental groups in Canada and in other countries.

• 0930

A major activity, as you saw in the analysis of the structure and the budgetary distribution of the Foundation, is information and training and, I suppose in the broad sense, education. This is carried out by two divisions, the School for Addiction Studies and the Education Resources Division.

The School for Addiction Studies gives a variety of courses, seminars, workshops, special training programs, which are aimed at all levels, all target groups. For example, some are seminars for scientists. Some are training programs for physicians or therapists who have to deal with special patient groups. Others are aimed at educators or at police, a variety of groups that have different interests in the addiction field. These are arranged as the requirements for them become obvious and there is a demand to be met.

Many of the trainees now come from Third World countries, because the Foundation has become affiliated with the World Health Organization as an official collaborating centre. That has generated a growing request from other countries for the help of the Foundation in training personnel for mounting alcohol and drug problems in other countries.

The Education Resources Division has similarly been playing a growing role outside of the province of Ontario, which was its original jurisdiction. It produces books, pamphlets, audio tapes, video tapes, films—all media, in other words—and, like the School for Addiction Studies, it aims its products at all levels, from scientists to school children. There are books for specialists. There are pamphlets for the general public. There are fact sheets at the elementary level for distribution to school children. These are used not only within Ontario but have also been requested and purchased by other provincial agencies, by federal government agencies and by other countries. The United States is a major customer for many of the Foundation publications, and increasingly other countries have also been using them.

## [Translation]

ment dit à concevoir, tester et évaluer—des programmes pédagogiques préventifs destinés principalement aux écoliers et des programmes d'aide aux employés; ces programmes incitent de plus en plus à adopter un mode de vie sain, et ne cherchent pas uniquement à traiter des problèmes de toxicomanie qui existent déjà et qui sont devenus évidents.

Nous nous intéressons tout particulièrement à la recherche sur «la conduite en état d'ébriété» qui, malgré son titre, ne se limite pas à l'alcool. Nous commençons à inclure dans nos recherches les autres drogues qui sont aussi à l'origine d'accidents de la route. En ce qui concerne l'aspect épidémiologique de la question, la fondation a apporté une contribution notable à cette recherche au Canada. Nous poursuivons également notre travail sur le dépistage et la prévention des problèmes de toxicomanie au volant. Nos chercheurs travaillent à cette fin en étroite collaboration avec les instances gouvernementales et des organismes non gouvernementaux au Canada et ailleurs à l'échelle internationale.

Comme vous l'avez vu lorsque nous avons analysé la structure et le budget de la fondation, l'une des composantes les plus importantes de notre activité, c'était l'information et la formation, autrement dit, l'éducation. Cette activité est du ressort de l'école de toxicomanie et de la division des ressources pédagogiques.

L'école offre une vaste gamme de cours, de colloques, d'ateliers et de programmes de formation spéciaux à l'intention de groupes cibles de tous les niveaux. Elle organise parfois des colloques pour les hommes de science. Elle organise également des programmes de formation pour les médecins et les thérapeutes qui soignent des groupes particuliers. D'autres programmes encore sont destinés à des professeurs ou à des policiers, ou encore à d'autres groupes qui s'intéressent pour diverses raisons à la toxicomanie. Les cours sont faits sur mesure pour ceux qui le demandent et répondent directement à leurs préoccupations.

La plupart des stagiaires viennent maintenant du Tiers monde, depuis que la fondation s'est affiliée à l'Organisation mondiale de la santé à titre de centre officiel de collaboration. De plus en plus de pays font maintenant appel à la fondation pour qu'elle forme leur personnel et les aide à mettre sur pied des programmes de lutte contre la toxicomanie chez eux.

La Division des ressources pédagogiques a également joué un rôle de plus en plus important à l'extérieur de l'Ontario, où s'exerce exclusivement son mandat à l'origine. La division a préparé des livres, des brochures, des bandes son, des bandes vidéo, des films—autrement dit, pour tous les organes de communication—et, tout comme l'école de toxicomanie, vise tous les niveaux de la société, des écoliers jusqu'aux hommes de science. Elle a publié des livres spécialisés, des brochures d'intérêt général, de même que des feuillets qui sont distribués aux écoliers de l'élémentaire. Ces publications sont distribuées non seulement en Ontario, mais ont également été achetées par d'autres provinces, par le gouvernement fédéral et même par d'autres pays. Les États-Unis utilisent déjà bon nombre de



[Texte]

The *Journal* is a monthly tabloid newspaper put out by this division for people working in the addiction field. It carries non-technical reports in everyday language of both scientific and clinical developments, also policy changes, government initiatives and news of various kinds in relation to the drug problem for people in all phases of it who wish to keep informed long before they can read about these things in scientific or medical journals. As a consequence of the distribution of all of these materials, the Foundation has evolved mailing lists which can be used by other agencies to reach selected target groups in this field.

Finally, the unofficial role to which I alluded at the beginning is the consulting and advisory role of the Foundation, which sometimes generates problems within the Foundation because there are legitimate differences among the staff as to what the role of advice from a specialist research organization should be, whether the Foundation should serve simply to outline facts and options and the probable consequences of each option, or whether it should act as an advocate for specific policies. This is an argument which always goes on and will probably never be resolved, but in either case its views—both as to facts and options and consequences and for advice on policy—has been sought by a variety of governmental and non-governmental agencies.

• 0935

At the community level many municipalities and community groups have sought the advice of the Foundation and help in setting up community education and prevention programs; development of resources for local use; advice to governmental bodies on policy changes and their consequences. This has been sought by both provincial and federal departments in the areas of health, education, law enforcement and so on.

There is also a very large international activity in this area in relation to the World Health Organization and UN groups. In addition, there is a large role played by individual members of the ARF staff, rather than by the ARF as an organization, acting as advisers to other alcohol and drug agencies internationally. These are such bodies, for example, as the National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse, NIAAA; the National Institute on Drug Abuse, NIDA, in the United States, which are federal government agencies; ICAA, the International Council on Alcoholism and Addictions, of which the current president is Mr. Archibald; the Rutker Centre; the Addiction Research Foundation at Stanford University and so on.

Many agencies in the United States and in other countries seek the advice and help of Foundation members both for evaluation of their research activities and advice on their policies in support of research.

[Traduction]

publications de la fondation, de même que de plus en plus d'autres pays.

Le *Journal* est un périodique mensuel de format tabloïd destiné à tous ceux qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie. Il est consacré à des rapports vulgarisés sur les nouveautés scientifiques et techniques, aux changements de politique aux initiatives gouvernementales, de même qu'à toutes sortes de nouvelles qui portent sur tous les aspects de la toxicomanie. Il est destiné à tous ceux qui veulent s'informer avant même que les revues scientifiques ou médicales ne publient quoi que ce soit à ce sujet. Grâce à la distribution de ces publications, la fondation a établi des listes de diffusion qui lui permettent ainsi qu'à d'autres organismes de rejoindre sélectivement certains groupes-cibles.

Enfin, j'ai parlé au tout début du rôle officieux de la fondation, celui d'expert-conseil. Ce rôle nous cause parfois des problèmes, parce que même notre personnel n'est pas toujours d'accord sur le rôle de conseiller que devrait jouer un organisme spécialisé de recherche comme le nôtre. Notre fondation devrait-elle se limiter à donner les faits et à présenter les options de même que les conséquences de chacune d'elles, ou devrait-elle plutôt défendre certaines politiques précises? Ce dilemme ne sera sans doute jamais résolu, mais il reste que de nombreux organismes gouvernementaux et autres se sont déjà adressés à nous à titre de l'un ou de l'autre.

Au niveau communautaire, bon nombre de municipalités et de groupes communautaires s'adressent à la Fondation pour obtenir des conseils et de l'aide en vue de mettre sur pied des programmes d'information et de prévention, d'élaborer des ressources pédagogiques pour fins d'utilisation sur place, de conseiller les organismes gouvernementaux relativement aux changements de politiques et à leurs conséquences. Les gouvernements fédéral et provinciaux se sont adressés à nous dans des domaines de la santé, de l'éducation, de l'application des lois, etc.

Nous sommes également très actifs dans ce domaine sur la scène internationale. Nous travaillons en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et des groupes des Nations Unies. En outre, des membres du personnel de la FRT plutôt que la FRT comme organisme, jouent un rôle très important de conseillers auprès de divers organismes internationaux travaillant dans le domaine de la toxicomanie et de l'alcoolisme, notamment, le NIAAA, *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*, le NIDA, *National Institute on Drug Abuse of the USA*, deux organismes fédéraux américains; le *International Council on Alcoholism and Addictions*, dont le président actuel est M. Archibald; le Centre Rutker; la *Addiction Research Foundation* de l'Université de Stanford, etc.

Un grand nombre d'organismes des États-Unis et d'autres pays s'adressent aux membres de la Fondation pour obtenir des conseils relativement à leurs activités de recherche et aux politiques en vue d'appuyer ces activités de recherche.



*[Text]*

Mr. Chairman, I have probably used up the time quota allotted, but that probably gives a sufficient picture of the Foundation to be of use to you in directing questions to us.

After Dr. Smart has given an enlarged picture of the epidemiological aspects of the problem, we would both be happy to answer questions on any aspect you think would be of interest or of use to you.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Kalant. I think the committee would now like to hear from Dr. Smart who is going to be talking on a very closely related subject.

Dr. Smart, you come before the committee very highly recommended. I cannot tell you who speaks so highly of you, but we had lots of very good commendations about what you could offer to us. We look forward to your presentation and then we will engage in some questions and dialogue.

**Dr. Reginald G. Smart (Director, Prevention Studies, Addiction Research Foundation):** Thank you very much, Dr. Halliday. It is a pleasure to be here and I thank you very much for the invitation.

I would like to say something about how Canada compares to other countries in alcohol and drug use and to say something about what some of the recent trends have been in Canada.

First, how does Canada compare to other countries in drug use?

We know from our student surveys that the use of cannabis and many other illicit drugs in Canada is rather high. It is about the same as in the United States but much higher than in other countries such as England, Mexico, Australia and Scandinavian countries.

If we turn to alcohol, Canadians over 15 years of age consume about 11 litres of absolute alcohol per year. This makes Canada's alcohol consumption slightly higher than that of the U.S.A. and much higher than that in England and Scandinavian countries. Canada ranks about twentieth out of 129 countries for which we have data on alcohol consumption. I think we want to constantly keep in mind that alcohol is the most important drug in Canada. It is the most important drug we have to worry about on all levels—on the level of epidemiology, on the level of education, on the level of treatment.

When it comes to consumption of legal narcotic drugs, Canada is also very high. For example, the United Nations reports give these findings: Canada is one of the largest consumers of codeine; at some 340 kg per million persons per year, we use twice as much codeine as the English and 10 times as much as the Italians. Now, do Canadians get 10 times as many headaches as people in Italy? I do not know why that is.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It is the government.

**Some hon. members:** Oh, oh!

**Dr. Smart:** It is the government?

**Mr. McCurdy:** Especially since 1984, right?

*[Translation]*

Monsieur le président, j'ai sans doute utilisé tout le temps qui m'était alloué, mais je crois que ces renseignements que je vous ai donnés sur notre fondation vous seront utiles.

Une fois que M. Smart vous aura donné plus de détails concernant les aspects épidémiologiques du problème, nous serons tous deux heureux de répondre aux questions que vous jugerez utiles.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Kalant. Le Comité est maintenant prêt à écouter M. Smart qui va parler d'un sujet étroitement lié à la question.

Monsieur Smart, votre témoignage nous a été fortement recommandé. Je ne peux pas vous révéler qui nous a dit autant de bien de vous, mais nous avons entendu beaucoup d'éloges sur ce que vous aviez à nous offrir. Nous vous invitons donc à nous présenter votre exposé, puis nous passerons aux questions et au dialogue.

**M. Reginald G. Smart (directeur, Études sur la prévention, Fondation de la recherche sur la toxicomanie):** Merci beaucoup, monsieur Halliday. Je suis très heureux d'être ici et je vous remercie de m'avoir invité.

J'aimerais vous décrire comment le Canada se compare à d'autres pays en ce qui concerne l'usage des drogues, et exposer quelques tendances récentes à cet égard.

D'abord, comment le Canada se compare-t-il à d'autres pays pour ce qui est de l'usage des drogues?

Les enquêtes que nous avons effectuées auprès d'étudiants montrent que l'usage du cannabis et de nombreuses autres drogues illicites est assez répandu au Canada. Il est sensiblement le même qu'aux États-Unis, mais de beaucoup supérieur à ce qu'il est dans de nombreux autres pays, dont l'Angleterre, le Mexique, l'Australie et les pays scandinaves.

Les Canadiens de plus de 15 ans consomment environ 11 litres d'alcool pur par année. Ce taux de consommation nous place un peu devant les États-Unis et bien loin devant l'Angleterre et les pays scandinaves. Le Canada se situe environ au 20<sup>e</sup> rang des 129 pays sur lesquels nous avons des données. Il ne faut pas oublier que l'alcool est la drogue la plus importante au Canada. C'est la drogue la plus importante dont nous devons nous préoccuper à tous les niveaux—soit à ceux de l'épidémiologie, de l'information et du traitement.

En ce qui concerne la consommation de stupéfiants légaux, le Canada figure au tout premier rang. Voici à ce sujet quelques conclusions tirées de rapports des Nations Unies: le Canada est l'un des plus grands consommateurs de codéine: avec 340 kilos par million de personnes par année, nous en prenons deux fois plus que l'Angleterre et dix fois plus que l'Italie. Pourquoi? Est-ce que les Canadiens ont dix fois plus de maux de tête que les Italiens?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est le gouvernement.

**Des voix:** Ah!

**Dr Smart:** Est-ce le gouvernement?

**M. McCurdy:** Particulièrement depuis 1984, n'est-ce pas?

[Texte]

**Some hon. members:** Oh, oh!

**The Chairman:** Order.

**Dr. Smart:** Canada is also one of the largest consumers of licit cocaine, much higher than in the United Kingdom or much higher than in most European countries.

Canadians are the largest consumers, according to the last reports I saw, of hydrocodone which is a narcotic analgesic often sold as a cough suppressant and often sold with antihistamines. It is one of the largest consumers per capita of morphine. I believe it is about seventh in the world in terms of morphine consumption.

• 0940

This may sound a little dreary, but on a positive note, we can see that Canada is one of the lowest consumers of methadone per capita. However, I think if we look at the total picture, we are among the heavier consumers of many legal drugs. I think we can see this as at least a partially controllable aspect of our drug problem, and it is an aspect we sometimes fail to remember.

I also wanted to say something about trends in drug use in Canada. We all know that there have been major changes in drug use since the 1960s. Now many drugs used only by hippies, street people, jazz musicians, or petty criminals are welcomed in polite society. Good parties, for many people, require that cannabis or marijuana be available, and at the best parties, cocaine may have to be there as well.

Our studies of cocaine users show that many are young males; many are well educated. About 40% have a university education. Many have good jobs as professionals, managers and technicians. They tend to live in large cities, especially Toronto, and to be users of many other drugs. Most of the cocaine users we have interviewed are poly-drug users, for the most part.

About half of these cocaine users report some sort of problem with cocaine use, but only about 20% report what one might call frequent problems, the kinds of problems that might require treatment in a treatment centre for cocaine addiction or cocaine difficulties.

The proportion of cocaine users is increasing amongst people seeking treatment at the Addiction Research Foundation treatment facilities in Toronto. However, alcohol and cannabis are still the most frequent primary drug problems among people who are seeking treatment. I think it is very easy for us to get the cocaine situation out of focus, but I think we can keep it in focus.

We can look at current drug trends with several kinds of information. For example, convictions for cannabis offences have gone down remarkably in the past few years. They used to hover around 40,000 per year in Canada, but there were only about 22,500 in 1985, without any sort of change in law. However, convictions for cocaine offences have increased greatly from only about 420 in 1977 to about 2,200 in 1985.

[Traduction]

**Des voix:** Oh! Oh!

**Le président:** À l'ordre.

**Dr Smart:** Le Canada est aussi l'un des plus gros utilisateurs de cocaïne licite, beaucoup plus que le Royaume-Uni et que la plupart des pays européens.

Les Canadiens sont les plus gros usagers, selon les derniers rapports que j'ai lus, d'hydrocodone, un analgésique stupéfiant souvent vendu comme antitussif et contenant des antihistaminiques. Le Canada est aussi l'un des plus gros consommateurs par habitant de morphine. Je crois qu'il est le septième au monde pour ce qui est de la consommation de morphine.

Tout cela peut peut-être sembler un peu lugubre, mais il est encourageant de voir que le Canada est l'un des plus petits consommateurs de méthadone par habitant. Cependant, nous comptons parmi les plus gros utilisateurs de drogues licites. Il est cependant possible de faire quelque chose au sujet de ce problème, chose que nous semblons parfois oublier.

Je voulais également parler des tendances dans l'usage des drogues au Canada. Nous savons tous qu'il s'est produit de nombreux changements dans l'usage des drogues depuis les années 60. Maintenant, de nombreuses drogues qui ne circulaient que chez les hippies, les vagabonds, les musiciens de jazz et les délinquants mineurs sont maintenant admises dans la bonne société. Pour bien des gens, on ne saurait réussir une réception sans marijuana, et dans les meilleures, la cocaïne est aussi de la partie.

Selon nos études sur les cocaïnomanes, un grand nombre d'entre eux sont des jeunes hommes instruits. Environ 40 p. 100 d'entre eux ont fait des études universitaires; ils ont de bons emplois, professionnels, administrateurs, techniciens; ils vivent le plus souvent dans de grandes villes, surtout Toronto; et ils utilisent de nombreuses autres drogues.

La moitié d'entre eux environ disent que la cocaïne leur cause certains problèmes, mais seulement 20 p. 100 avouent avoir de fréquents problèmes à cause de la cocaïne, le genre de problèmes qui nécessitent un traitement dans un centre de traitement pour cocaïnomanes.

La Fondation de la recherche sur la toxicomanie constate que la proportion de cocaïnomanes est en progression chez ceux qui font appel à elle, à Toronto. Cependant, l'alcool et le cannabis sont encore la source de problèmes la plus fréquente chez les gens qui se font traiter. C'est pourquoi il est facile pour nous d'oublier le problème de la cocaïne, mais je crois que nous pouvons remettre les choses en perspective.

Nous pouvons examiner les tendances actuelles de l'usage des drogues en tenant compte de diverses données. Par exemple, les condamnations résultant d'infractions liées au cannabis ont beaucoup diminué au cours des dernières années. Alors qu'elles se situaient habituellement autour de 40,000 par année, elles n'ont été que de 22,500 en 1985, sans qu'on modifie la loi. Toutefois, les condamnations pour infractions



## [Text]

Offences involving heroin have dropped from about 686 in 1977 to only 273 in 1985. Convictions involving LSD went from 2,257 in 1981 to only 725 in 1985.

The reductions in cannabis, heroin and LSD convictions are so striking that they probably reflect changes in the attitude of police as to what it is worth spending time on, as well as reduced drug use in the population. The reductions in convictions for many drugs are really quite remarkable and quite unprecedented, if you look at the trends over a long period of time.

Our surveys are also an important source of trend data for us. Our last survey of adults was done in 1984. It involved some 1,051 adults in a household sampling scheme for all areas of Ontario. There were no increases in the proportions of adults reporting cannabis use, sleeping pill or stimulant use, since 1976. There was a decrease in reported tranquilizer use. Also, the proportion of drinkers decreased slightly from 1976.

There was also a significant decline in the proportion of drinkers who reported having five or more drinks at a single sitting or becoming tight. This must be seen as a positive trend, and it fits with the per capita sales figures. Per capita alcohol consumption is down slightly in Canada as a whole, and down slightly in Ontario.

In this study of adults, only 3.3% of adults reported ever having taken cocaine, so its use certainly has not become an epidemic among Canadian adults. Unfortunately, we do not have trend data for cocaine use amongst adults, but we will in a few weeks' time. We have another survey for which we do not have the data yet.

Our other major study is done with Ontario students. We study alcohol and drug use among students in grades 7, 9, 11 and 13. The survey has been done every two years since 1977, and the last data analyzed were collected in 1985. Again, we have data which is in the computer for which we do not have the numbers, and the data relate to 1987.

• 0945

In 1985 some 4,154 students, carefully selected to be representative of the whole province, were surveyed from 20 boards of education throughout Ontario. The findings from the 1985 survey are very striking and they indicate increasing caution about drugs in the school population. We found that most students who use drugs do so infrequently. They use them because of curiosity or peer pressure, and usually—and I have to emphasize usually—they stop after a few trials.

## [Translation]

liées à la cocaïne ont beaucoup augmenté, passant de 420 en 1977 à plus de 2,200 en 1985. Les infractions liées à l'héroïne ont chuté, passant de 686 en 1977 à seulement 273 en 1985. Les condamnations liées au LSD sont tombées de 2,257 en 1981 à 725 en 1985.

La chute du nombre de condamnations liées au cannabis, à l'héroïne et au LSD est si marquée qu'elle peut s'expliquer autant par un changement d'attitude des forces policières que par une diminution de l'usage des drogues. La chute du nombre des condamnations liées à de nombreuses drogues est assez remarquable et sans précédent, si vous examinez les tendances sur une longue période.

Les enquêtes que nous avons effectuées fournissent aussi d'importantes données sur les tendances. Notre dernière étude sur les adultes remonte à 1984. Elle portait sur 1,051 adultes faisant partie d'un échantillon de ménages pris dans toutes les régions de l'Ontario. Depuis 1976, on n'a constaté aucune augmentation des proportions d'utilisateurs de cannabis, de somnifères ou de stimulants. On enregistre en outre une diminution de l'usage de tranquillisants. La proportion de buveurs a légèrement diminué depuis 1976.

On note une nette diminution de la proportion de buveurs qui disent prendre cinq consommations d'alcool ou plus d'affilée ou se soûler. Il faut y voir une tendance encourageante, corroborée du reste par les données relatives aux ventes par habitant. La consommation d'alcool par habitant a légèrement diminué dans l'ensemble du Canada, ainsi qu'en Ontario.

Comme cette étude révèle que seulement 3.3 p. 100 des adultes disent avoir déjà pris de la cocaïne, on ne peut certainement pas conclure que cette pratique a des allures d'épidémie. Pour l'instant, nous ne possédons malheureusement pas de données sur les tendances qu'on pourrait relever chez les adultes en ce qui concerne l'usage de la cocaïne. Toutefois, nous en aurons dans quelques semaines. Nous avons effectué une autre étude dont nous n'avons pas encore les résultats.

L'autre grande étude que nous avons faite portait sur des étudiants ontariens. Nous avons examiné les modèles de consommation d'alcool et de drogues chez des étudiants de septième, de neuvième, de onzième et de treizième années. L'enquête a été faite tous les deux ans depuis 1977, les dernières données recueillies datant de 1985. Nous avons recueilli des données pour l'année 1987, mais elles se trouvent encore dans l'ordinateur.

En 1985, on a interrogé 4,154 étudiants de 20 conseils scolaires de l'Ontario. Ces derniers ont été soigneusement choisis pour représenter toute la province. Les conclusions de l'enquête de 1985 sont assez intéressantes et indiquent une méfiance croissante à l'égard des drogues. Nous avons constaté que la plupart des étudiants qui consomment des drogues le font de façon épisodique. Ils y recourent par curiosité ou parce qu'ils s'y sentent poussés par leurs pairs, puis y renoncent après quelques essais.



*[Texte]*

The commonly used drugs were alcohol—about 70% of students were drinkers; tobacco, about a quarter were smoking cigarettes; and cannabis, about 21% were using cannabis—that is marijuana, of course. All other drugs that we asked about were used by small minorities and tended to be used rather infrequently. Reported use of 16 of the 17 drugs we asked about had declined since the last survey in 1983.

We have been doing surveys for a very long time—in fact, the first surveys go back to the 1960s—and we have never found such a large number of declines before. Many types of drug use in the 1985 survey had returned to use levels not seen since 1977. Reductions in many types of drug use occurred at several grade levels and for both sexes.

The use of eight drugs declined statistically significantly, and these were tobacco, glue, other solvents, medical barbiturates and tranquilizers, and non-medical barbiturates, stimulants and tranquilizers. The declines in drug use were most prominent among students in grade 9, amongst males, and those in eastern Ontario. Also, the proportion of students reporting no use of any drugs increased since 1981, and this included both alcohol and tobacco.

We found all of these findings to be rather encouraging. To some extent, they fit in with results from other places. They also fit in with some changes we saw in attitudes that students have about drugs. Students reported that the availability of drugs, especially cannabis, had gone down a little. Some students reported that cannabis was a little harder to get than it used to be.

Also, more students reported that they thought there were health risks from using cannabis, and more students felt that using cannabis was usually or always wrong. Oftentimes, young people think in terms of right and wrong when it comes to drugs. We ask questions about, do you think it is right, do you think it is wrong, and more students did report they thought it was usually wrong.

Even though these results are encouraging, we would want to emphasize that drug use has certainly not disappeared as a problem. For example, we had a number of findings that were not so encouraging.

For one thing, cocaine was the only drug for which use did not go down at all. In fact, speed and cocaine use increased among students in metropolitan Toronto, and heavy use of alcohol and cannabis—that is, daily use—did not decrease. This means that most of the decreases we found were amongst the rather infrequent users rather than amongst the heavier users.

We also found that more than 30% of students still use drugs other than alcohol and tobacco, and only 27% of students use no drugs at all.

In conclusion, what can we say about drug abuse in Canada? There seems to be relatively little evidence of a

*[Traduction]*

Les drogues couramment utilisées sont l'alcool, dans une proportion d'environ 70 p. 100, le tabac, environ le quart fument la cigarette et le cannabis, environ 21 p. 100 utilisaient le cannabis, c'est-à-dire, bien sûr, la marijuana. Toutes les autres drogues sont consommées par de faibles minorités et de façon occasionnelle. Depuis 1983, l'usage de 16 des 17 drogues sur lesquelles nous avons enquêté a diminué.

Nous effectuons ce genre d'enquête depuis longtemps—en fait, les premières enquêtes remontent aux années 60—et nous n'avons jamais enregistré une telle baisse auparavant. Pour de nombreux types de drogue, la consommation est revenue à des proportions jamais vues depuis 1977. On a enregistré une diminution de la consommation de nombreux types de drogues à plusieurs niveaux scolaires et pour les deux sexes.

L'utilisation de huit drogues a chuté de façon notable. Il s'agit du tabac, de la colle, d'autres solvants, de barbituriques médicaux et de tranquillisants, de barbituriques non médicaux, stimulants et tranquillisants. La diminution de la consommation de drogues est la plus marquée chez les étudiants de sexe masculin de neuvième année, et chez les étudiants de l'est de l'Ontario. En outre, la proportion d'étudiants qui disent ne faire usage d'aucune drogue a augmenté depuis 1981, et cela comprend l'alcool et le tabac.

Toutes ces conclusions sont très encourageantes et correspondent à des résultats obtenus ailleurs. En outre, elles reflètent des changements d'attitude face aux drogues. Les étudiants trouvent qu'il est moins facile de se procurer des drogues, particulièrement le cannabis. Certains étudiants disent qu'il est maintenant plus difficile de se procurer du cannabis.

En outre, un plus grand nombre d'étudiants estiment que l'usage du cannabis comporte des risques pour la santé et qu'il est habituellement ou toujours mauvais d'en consommer. Nous leur avons demandé si, à leur avis, il était bien ou mal de consommer des drogues, et la plupart des étudiants ont répondu qu'ils pensaient qu'il était mauvais de le faire.

Bien que ces résultats soient encourageants, nous devons souligner que la consommation des drogues demeure un problème.

Par exemple, nous avons constaté que la cocaïne est la seule drogue pour laquelle la consommation n'a pas du tout diminué. En fait, la consommation de speed et de cocaïne a augmenté chez les étudiants du grand Toronto, et la forte consommation d'alcool et de cannabis, c'est-à-dire l'usage quotidien, n'a pas diminué. Cela signifie que la plupart des diminutions de consommation que nous avons constatées se trouvent chez les utilisateurs occasionnels plutôt que chez les gros consommateurs.

Nous avons également constaté que plus de 30 p. 100 des étudiants recourent encore à des drogues autres que l'alcool et le tabac, et seulement 27 p. 100 des étudiants ne font usage d'aucune drogue.

En conclusion, que dire de l'abus des drogues au Canada? Pour l'instant, fort peu d'éléments tendent à prouver l'exis-

## [Text]

national drug epidemic currently. In fact, several indicators—some of the survey results, some of the possession statistics—show declines in the use of various drugs, except for cocaine.

Both alcohol and drug use are at an unacceptable level in Canada, but I think there are some encouraging signs. We need to be sure we do not relax our efforts or assume that the drug situation or the alcohol situation cannot get worse; it certainly could get worse.

There are also strong indicators that cocaine will be a popular drug. Probably it is the problem drug of the future, and it is going to require special control, special education and special treatment efforts.

I thank you, Mr. Chairman. I suppose this is the time for questions, then.

• 0950

**The Chairman:** Thank you very much Dr. Smart. I think we recognize, as a committee, the expertise both you gentlemen have is wider than what you talked to today, and I want the committee to feel free to ask questions on any aspect of this drug problem. As Ms Copps indicated in an in camera session we had this week, we are still grappling to focus in on some aspect of this which we think is going to be meaningful for our report, so we would welcome questions along any line respecting drugs.

Mr. Mantha, you were first here, and you have to leave early. I would like to recognize you first, and then Dr. McCurdy.

**Mr. Mantha:** First of all, I want to thank you for coming.

What is government's role? What should our role be in the continuation of this? What is expected? You people are here today to brief us and to inform us. What actually do you think we should be doing to improve?

**Dr. Kalant:** It seems to me there are a number of areas in which government can play a very important role in controlling such problems. The first thing is that any drug problem depends on the individual as well as on the social response to or attitude towards the use of the drug. That means that education, the shaping of attitudes, is a very important part of the whole problem. And when one is talking about education, one is talking about family environment, individual contacts, the influence of role models and peer groups, and so on, but also upon education in the sense of calm, reasonable, well-informed explanation of not only drugs as particular objects of interest in their own right but as part of a general pattern of intelligent behaviour aimed at living as individuals in society, healthfully and productively. I think, therefore, the role of education is clearly something government can have a major influence in.

A second fact is that much as we have talked today, and as other people will undoubtedly talk to you, about what we

## [Translation]

tence d'une épidémie nationale de toxicomanie. En réalité, plusieurs indices—certains provenant des résultats de l'enquête, d'autres des statistiques sur la possession—montrent même une diminution de la consommation de diverses drogues, sauf pour la cocaïne.

Au Canada, la consommation d'alcool et de drogues a atteint un niveau inacceptable, mais il existe néanmoins des signes encourageants. Nous devons veiller à ne pas réduire nos efforts et à ne pas supposer que la situation ne peut empirer; elle pourrait certainement empirer.

On a de bonnes raisons de penser que la cocaïne deviendra une drogue populaire. Elle sera peut-être la drogue problème de demain, ce qui exigera des efforts tout à fait particuliers pour ce qui est de la surveillance, de l'information et du traitement.

Merci, monsieur le président. Je suppose que nous pouvons maintenant passer aux questions.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Smart. Le Comité reconnaît certainement que vos compétences, messieurs, dépassent largement ce dont vous nous avez parlé aujourd'hui, et j'aimerais que le Comité se sente libre de poser des questions sur tous les aspects du problème de la toxicomanie. Comme M<sup>me</sup> Copps l'a dit dans une séance à huis clos cette semaine, comme nous essayons encore de déterminer quels aspects de ce problème seront utiles à notre rapport, vous pouvez poser des questions sur n'importe quel aspect relatif aux drogues.

Monsieur Mantha, vous êtes arrivé le premier et vous devez partir tôt. Je vous donne donc la parole en premier, puis à M. McCurdy.

**M. Mantha:** D'abord, je veux vous remercier d'être venus ici.

Quel est le rôle du gouvernement? Quel devrait être notre rôle? Qu'est-ce qu'on attend du gouvernement? Vous êtes ici aujourd'hui pour nous informer. À votre avis, qu'est-ce que nous devrions faire pour améliorer la situation?

**Dr Kalant:** Il me semble qu'il y a un certain nombre de domaines où le gouvernement peut jouer un rôle très important pour maîtriser ces problèmes. D'abord, il faut dire que tout problème de toxicomanie est lié à la personne comme telle ainsi qu'à la réponse sociale ou à l'attitude envers l'utilisation des drogues. Cela veut dire que l'éducation, qui influe sur les attitudes, est une partie très importante de tout le problème. Lorsque nous parlons d'éducation, nous parlons du milieu familial, des contacts individuels, de l'influence des pairs, etc.; nous l'entendons cependant aussi au sens d'une explication calme, raisonnable, bien informée, non seulement des drogues en soi mais également comme choses faisant partie du modèle général de comportement intelligent que l'on attend d'une personne qui vit sainement et productivement en société. Par conséquent, l'éducation est clairement un élément sur lequel le gouvernement peut avoir une grande influence.

Nous vous avons parlé ici aujourd'hui de ce que nous connaissons, et d'autres personnes viendront qui aborderont le



*[Texte]*

know, the fact is there continues to be many things we do not know. There would not be many research organizations on alcohol and drug problems if we really had all the answers. And one of the difficulties is that research is always something governments like to acknowledge is a worthwhile thing, but they would rather draw the line at in supporting on a long-term commitment. There generally seems to be a feeling that we are all for research but it is really somebody else's jurisdiction.

In areas such as alcohol and drug problems, which cannot logically be seen in a local context, the national and international responsible authorities—and in the context of this hearing I guess really the federal government—can play a very important role if they are so inclined in the support of continuing long-term research into the sorts of things Dr. Smart was talking about which would have been impossible to do without a commitment from some source to gather data over many years in order to be able to map trends, and to do it with standardized techniques so the information from one survey is comparable to and interpretable with the data from another survey.

**Mr. Mantha:** Can I just intervene there. You are specialists, and what you are saying is that for education at the lower level... We have the drug problem. There is the pregnancy problem. Now we have the AIDS problem. And maybe other groups as well. Everybody seems to have their own bag of operation. For example, we have an AIDS epidemic, or it is getting into that now. Why can we not use your professionals, your key people, to get into the education part? Instead of having four groups doing their thing, you would have a sort of combination of possibly your expertise to grasp these problems now rather than actually having to train their people, which is... It would speed up the awareness about what do to in the educational thing. Why we cannot combine two or three groups together on certain programs like the education part—

• 0955

**Dr. Kalant:** If you mean combine various groups from different levels, different parts of the country and so on, I see no reason why you cannot. I think it would make sense to do that because—

**Mr. Mantha:** Have we taken this approach or are we just all doing our thing?

**Dr. Kalant:** Up to now, it has been largely a matter of each level of government doing its own thing. It would seem to make a lot of sense to have a co-ordinated effort, to use the expertise where it is to be found and to serve national needs rather than to have separate groups.

**Mr. Mantha:** Besides saving money, it would speed up the awareness of what is—

*[Traduction]*

même sujet, mais il n'en demeure pas moins qu'il y a une foule d'éléments que nous ne connaissons pas. Si nous connaissions réellement toutes les réponses, il n'y aurait pas autant d'organismes de recherche sur les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. L'un des problèmes, c'est que les gouvernements sont toujours prêts à reconnaître la grande valeur de la recherche, mais ils préfèrent ne pas s'engager à long terme. Il semble que nous soyons tous en faveur de la recherche, mais que nous ne croyions pas qu'elle relève réellement de notre compétence.

En ce qui concerne les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, que l'on ne peut étudier logiquement dans un contexte local, les autorités nationales et internationales responsables—et, dans le contexte de cette audience, le gouvernement fédéral—peuvent jouer un rôle très important s'ils le veulent pour appuyer la recherche à long terme dans les domaines dont a parlé M. Smart. Cette recherche n'aurait pu être faite sans un engagement quelconque en vue de rassembler les données sur plusieurs années et être ainsi en mesure de déterminer les tendances, et de le faire avec des techniques normalisées de façon à pouvoir interpréter et comparer les renseignements recueillis au cours des diverses enquêtes.

**M. Mantha:** Permettez-moi d'intervenir ici. Vous êtes des spécialistes, et vous dites qu'en ce qui concerne l'éducation au niveau le plus bas... Nous avons le problème de la drogue. Nous avons également le problème des grossesses. Nous avons maintenant le problème du SIDA. Il existe peut-être d'autres groupes également. Chacun semble avoir sa propre spécialité. Par exemple, nous avons une épidémie de SIDA, ou presque. Pourquoi ne pourrions-nous pas recourir à vos spécialistes, vos personnes-clés, en ce qui concerne l'éducation? Plutôt que d'avoir quatre groupes qui mènent leurs propres activités, vous auriez un genre de combinaison de compétences pour s'attaquer à ces problèmes plutôt que d'avoir à former des gens, ce qui est... Cela permettrait de savoir peut-être un peu plus vite quoi faire en matière d'éducation. Pourquoi ne pas combiner deux ou trois groupes pour certains programmes comme le volet éducation...

**Dr. Kalant:** Si vous voulez combiner divers groupes de différents niveaux, de régions différentes du pays, etc., je ne vois pas de raison de ne pas le faire. Ce serait en effet une bonne idée parce que...

**M. Mantha:** Est-ce quelque chose qui se fait ou se débrouille-t-on chacun de son côté?

**Dr. Kalant:** Jusqu'ici, chaque palier de gouvernement a plus ou moins fait les choses de son côté. Il serait évidemment judicieux de coordonner les efforts, d'utiliser les spécialistes, où qu'ils se trouvent, et de servir les intérêts nationaux plutôt que de faire les choses séparément.

**M. Mantha:** Non seulement cela économiserait de l'argent mais cela permettrait de comprendre plus rapidement ce que...



[Text]

**Dr. Kalant:** Exactly, because it takes years of sustained concentration on a problem to acquire the expertise you need to answer specific working questions.

The government plays an important role in the drafting of legislation in those areas which research has shown to have an important impact on the patterns of use. There is no reason why government cannot make use of the expertise from wherever it is available to get such advice as it wants on legislative and other control measures.

**Mr. Mantha:** Possibly one agency would do all the education, would have in their specialty—

**The Chairman:** Thank you very much Mr. Mantha. Dr. McCurdy and then Mr. Turner.

**Mr. McCurdy:** Despite utterances to the contrary, I was impressed that in your presentation the statistics did not reveal any indication of an epidemic of the use of illicit drugs in Canada, certainly not an increase in the rate of utilization.

The most interesting thing you said was that Canada is one of the largest users of drugs. I gather you were talking about mood-altering, sense-altering drugs of various sorts. As recent press reports indicate, we are also over-utilizers of antibiotics in terms of their use for enhancing the growth of farm animals and the like.

Education is among the heavier armaments in controlling illicit drug use. It is a technique which has been used with tremendous pay off by the drug companies to make Canada and the United States among the heaviest users of drugs in the world.

With this departure, I think it would be interesting to explore the Foundation's attitude towards the excessive use of educational techniques by physicians and by advertisements in every magazine you read. Often uselessly, and frequently dangerously, it increases the use of legal drugs. I would like to hear your comment on that.

**Dr. Smart:** I think it is an issue to which not enough attention has been paid. I think it is a very important issue to try to get this or other committees . . . If you consider the whole range of substances being used, Canada is well up there almost . . . No matter what drug you look at, it applies to both legal and illegal drugs and alcohol as well.

Canadians like to use drugs, and they like all sorts of drugs. They like some drugs better than others. But when it comes to controlling illicit drugs, I think research evidence shows it is the easiest area for government to get a hold on. You are dealing with pharmaceutical manufacturers who have a stake in society. There has been a fair amount of research on controlling drugs that are available through pharmaceutical houses. Usually this is a lot easier than trying to control street drugs.

[Translation]

**Dr Kalant:** Exactement, parce qu'il faut des années de concentration sur un problème pour acquérir les connaissances spécialisées nécessaires pour répondre à des questions spécifiques.

Le gouvernement a un rôle législatif important à jouer dans ces domaines et je ne vois pas pourquoi il ne pourrait pas avoir recours aux conseils de spécialistes de toute origine lorsqu'il prépare des projets de loi ou d'autres mesures de contrôle.

**M. Mantha:** On pourrait envisager de confier à un organisme la fonction d'éducation . . .

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Mantha. M. McCurdy, puis M. Turner.

**M. McCurdy:** Malgré les rumeurs que l'on a entendues, j'ai remarqué que vous indiquiez que d'après les statistiques, l'usage de drogues illicites n'avait pas pris des proportions épidémiques au Canada, que leur utilisation n'avait pas tellement augmenté.

Ce qui m'a le plus intéressé, c'est que vous avez déclaré que le Canada est l'un des plus gros utilisateurs de drogues. Je suppose que vous parliez de drogues qui agissent sur l'humeur ou sur les sensations. D'après certains reportages récents, nous sommes également gros utilisateurs d'antibiotiques qui permettent d'engraisser les animaux, etc.

L'éducation est un des meilleurs outils pour lutter contre l'utilisation de drogues illicites. C'est une technique qu'ont utilisée avec grand succès les fabricants de médicaments puisque le Canada et les États-Unis sont parmi les plus gros utilisateurs de médicaments au monde.

Cela dit, je crois qu'il serait intéressant de savoir ce que pense la Fondation de l'utilisation excessive des techniques d'éducation par les médecins et dans les publicités que l'on trouve dans toutes les revues. Cela pousse à utiliser des médicaments licites de façon inutile et souvent dangereuse. Qu'en pensez-vous?

**Dr Smart:** J'estime que c'est une question à laquelle on ne fait en effet pas suffisamment attention. C'est pourtant une question très importante. Si l'on considère tout l'éventail de produits utilisés, le Canada se trouve parmi les plus gros consommateurs. Cela s'applique d'ailleurs à toutes les drogues, licites et illicites, ainsi qu'à l'alcool.

Les Canadiens aiment les drogues, quelles qu'elles soient. Il y en a qu'ils préfèrent à d'autres. Mais lorsqu'il s'agit de lutter contre les drogues illicites, les recherches indiquent que c'est là que le gouvernement aurait le plus de chance de réussir. Les fabricants de produits pharmaceutiques ont en effet des intérêts à protéger. On a effectué pas mal de recherches sur la façon de lutter contre l'abus de drogues vendues par les fabricants de produits pharmaceutiques. C'est habituellement beaucoup plus facile que d'essayer de s'attaquer aux drogues vendues dans la rue.

[Texte]

[Traduction]

• 1000

It is a matter of having the political will to do this sort of thing, having the support of the public, having the support of the medical profession and having the support of the pharmaceutical industry. Getting all of this support, as you are well aware, is not an easy thing to do.

**Mr. McCurdy:** Would it not make sense, if we are going to introduce programs in schools for controlling illicit drugs, that there be a significant component to address the dangers of excessive use of drugs generally? I refer particularly to legal and illicit mind-altering drugs, analgesics and antibiotics.

One of the ridiculous things that constantly goes on is the fact that such drugs as penicillin are promiscuously administered for the common cold. As a consequence, you increase the incidence of drug-resistant strains of bacteria. You have the recent report of salmonella frequency being increased as a result of the use of antibiotics in cattle, leading to the production of drug-resistant strains that survive in the intestinal tracts of people who have been so frequently treated with those drugs that salmonella poisoning becomes very difficult to treat, and so on.

**Dr. Kalant:** Mr. Chairman, if I might comment, not only would we agree fully with Dr. McCurdy, but also I think the extent of our agreement is illustrated by the fact that the Foundation has included, within its educational programs for years as well as in its clinical pharmacology and clinical epidemiological research, emphasis on legal as well as illegal drugs.

There is a large program and has been for a number of years on the use of tranquilizers and the benzodiazepines. There is a lot of attention paid within the Foundation's research programs and education programs on the use of analgesics and of drugs that are not ordinarily thought of by the public as mind-altering drugs. The connection between them is pointed out as part of the education programs of the Foundation.

Our feeling is that, exactly as you say, it makes no sense to take one drug or one group of drugs in isolation. One has to look at the attitudes towards and the factors underlying the use of drugs of all kinds in order to be able to make sense of changes with respect to individual drugs. Probably the historical perspective is one of the best ways of seeing it and becoming aware of the importance of a broad approach.

The use of stimulant drugs such as cocaine was very widespread at the end of the 19th century and in the first quarter of this century. It faded out as public awareness of the hazards and governmental action to control by legal means the distribution of these drugs took effect.

Cocaine dropped largely out of the picture at about the same time amphetamine came in. Many people who had been using cocaine simply switched to amphetamine. If you did not look at the whole picture, you would have thought the cocaine problem was licked and a new problem, the amphetamine problem, had to be faced. It was not a new problem. It was the

Ce qu'il faut, c'est la volonté politique, le soutien de la population, de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique. Or vous savez qu'il n'est pas facile d'avoir tout ce soutien.

**M. McCurdy:** Si l'on prévoit dans les écoles des programmes conçus pour lutter contre l'usage de drogues illicites, ne serait-il pas logique qu'un élément important de ces programmes porte sur les dangers de l'usage excessif de drogues en général? Je pense en particulier aux drogues licites et illicites qui agissent sur l'esprit, aux analgésiques et aux antibiotiques.

Il est en effet ridicule d'administrer sans arrêt des drogues comme la pénicilline pour un simple rhume. Cela augmente la résistance aux drogues des bactéries. Un rapport récent indique à ce sujet que les cas de salmonellose se multiplient du fait de l'utilisation d'antibiotiques sur le bétail qui produisent des microbes résistant aux drogues que l'on retrouve dans le système intestinal de gens qui ont utilisé si fréquemment ces drogues que la salmonellose devient très difficile à traiter.

**Dr. Kalant:** Monsieur le président, non seulement sommes-nous tout à fait d'accord avec M. McCurdy, mais nous en avons bien fait la preuve puisque la Fondation a depuis longtemps dans ses programmes éducatifs ainsi que dans sa pharmacologie clinique et dans sa recherche épidémiologique clinique insisté à la fois sur les drogues licites et les drogues illicites.

Nous avons un programme important depuis des années sur l'utilisation des tranquillisants et les benzodiazépines. Les programmes de recherche et d'éducation de la Fondation traitent beaucoup de l'utilisation des analgésiques et drogues que le grand public ne considère pas ordinairement comme susceptibles d'agir sur l'esprit. Nos programmes font ressortir des liens de cause à effet.

Nous trouvons en effet qu'il ne sert à rien de considérer isolément une drogue ou un groupe de drogues. Il faut envisager les attitudes et les facteurs d'utilisation des drogues de tous genres afin de pouvoir apporter des changements valables à propos d'une drogue ou d'une autre. Le contexte historique est peut-être une des meilleures façons de comprendre l'importance d'une méthode d'approche globale.

L'utilisation de stimulants comme la cocaïne était très répandue à la fin du XIXe siècle et dans le premier quart de notre siècle. Elle a diminué au fur et à mesure que la population s'est rendu compte des dangers qu'elle présentait et que le gouvernement a usé de moyens juridiques pour lutter contre la distribution de ces drogues.

La cocaïne a essentiellement disparu au moment où l'on a commencé à parler d'amphétamines. Beaucoup de ceux qui utilisaient la cocaïne sont simplement passés à l'amphétamine. Si l'on ne considère pas tout le contexte, on peut ainsi penser que le problème de la cocaïne étant réglé, il fallait faire face à un autre problème, celui de l'amphétamine. Or il ne s'agissait pas là d'un problème nouveau. C'était le même, sauf que l'on



## [Text]

same problem simply jumping from one drug to another for the same types of reasons. Many were the same users.

Amphetamine got a bad name in the 1960s and began to drop out. It has not disappeared, as Dr. Smart has pointed out. But it subsided from the "epidemic" level it had attained in the 1950s and 1960s, and cocaine was rediscovered.

The behaviour on the part of the uninformed was to regard this as a new drug menace. It was not. It was a reappearance of an old one. The fashion had jumped from one to the other and back to the first.

• 1005

The jump from alcohol to other hypnotic consentative drugs is well known clinically, so for that reason it really is senseless to look at one drug in isolation. You have to look at patterns of use, at reasons for use, at factors modifying use, at approaches to prevention across the whole spectrum.

**The Chairman:** Dr. McCurdy, you have one more short question.

**Mr. McCurdy:** Between alcohol and marijuana, I think it is fair to say that in terms of social problems occasioned by the heavy use of drugs—anti-social action, family break up, illness—alcohol is by far the more dangerous. We are very sympathetic, however, to the use of alcohol. This leads to the question, what is the reaction of the Addiction Research Foundation to the proposal that the drinking hour in Ontario be charged from 1 a.m. to 2 a.m., the hours of sales extended, general liberalization of the sale of alcohol, without any address, for example, to the drinking age?

**Dr. Smart:** Perhaps I could answer that. I think you are alluding to a committee report on changes in alcohol regulations in Ontario, and this report is a long and complicated report. It has about 100 recommendations in it. A large number of those recommendations would make alcohol more available, by lengthening the hours, having alcohol more available at stadiums. There is even a suggestion that alcohol should be available in movie theatres for patrons while they are watching the movie.

The report also has a number of recommendations that would be very useful in controlling availability. If you take all of the recommendations together, if they were all enacted, which they probably will not be, I think it would be very difficult to tell what the outcome would be.

If you just think about lengthening the hours of bars, I would not expect that to have a very big impact on people's drinking. We know that about 70% of the drinking in Ontario is drinking at home. We know that a lot of people do not like to drink in bars and if they drink in bars, they do so infrequently.

We also know that the last hour of drinking is now between 12 a.m. and 1 a.m., which is not the busiest time for most bars. A lot of people like to go home by midnight, so if you lengthen the time by an hour, it probably would not have much impact

## [Translation]

était passé d'une drogue à l'autre. Pour beaucoup, les utilisateurs étaient les mêmes.

L'amphétamine a acquis une mauvaise réputation au cours des années 1960 et a commencé à diminuer. Toutefois comme l'a signalé le Dr Smart, elle n'a pas disparu. Par contre elle n'atteint plus les niveaux épidémiques des années 1950 et 1960 mais l'on a redécouvert la cocaïne.

Les gens mal informés ont considéré qu'il s'agissait là d'une nouvelle menace. Il n'en était rien. C'était la réapparition d'une vieille menace. La mode était d'abord passée de l'une à l'autre avant de revenir à la première.

Le passage de l'alcool à d'autres drogues hypnotiques est volontaire et bien connu cliniquement et il est donc stupide de considérer une drogue isolément. Il faut plutôt examiner les habitudes d'utilisation, les raisons, les facteurs d'évolution et les diverses méthodes de prévention de façon globale.

**Le président:** Docteur McCurdy, une dernière question, très rapidement.

**M. McCurdy:** Entre l'alcool et la marijuana, je crois que l'on peut dire que pour ce qui est des répercussions sociales de l'utilisation abusive de drogues—actes anti-sociaux, éclatement des familles, maladies—l'alcool est de loin le plus dangereux. Toutefois on voit d'un assez bon oeil la consommation d'alcool. Que pense la Fondation de la proposition visant à permettre de servir de l'alcool en Ontario non plus jusqu'à 1 heure mais jusqu'à 2 heures du matin, allonger les heures de vente, de façon générale, libéraliser la vente d'alcool, sans considérer par exemple de limite d'âge?

**Dr Smart:** Je vais essayer de répondre. Vous faites probablement allusion au rapport d'un comité sur les modifications à apporter à la réglementation touchant l'alcool en Ontario. Il s'agit d'un rapport long et compliqué. Il contient environ 100 recommandations. Nombre d'entre elles faciliteraient l'achat d'alcool en allongeant les heures de vente et en autorisant la vente dans les stades. On suggère également d'en vendre dans les cinémas afin que l'on puisse boire tout en regardant un film.

Le rapport contient également un certain nombre de recommandations qui seraient très utiles pour en contrôler l'accessibilité. Si vous considérez l'ensemble des recommandations, si elles étaient toutes mises en oeuvre, ce qui est peu probable, je crois qu'il serait très difficile de dire ce que cela donnerait.

S'il s'agit simplement d'allonger les heures d'ouverture des bars, je ne pense pas que cela pourra avoir une incidence très forte sur les habitudes de consommation. Nous savons qu'environ 70 p. 100 de ce qui est bu en Ontario se boit à domicile. Nous savons que beaucoup n'aiment pas boire dans des bars et que, s'ils le font, c'est peu fréquent.

Nous savons également que le dernier verre se prend actuellement entre minuit et une heure du matin, ce qui n'est pas l'heure à laquelle il y a le plus de monde dans la plupart des bars. Beaucoup aiment rentrer chez eux avant minuit et si



## [Texte]

on drinking, although it would have some impact on drinking. It would probably redistribute the impaired driving accidents, so you would get a peak later than 1 a.m. or you would get a peak later than 2 a.m.

Lengthening the hours usually does not have a very big impact when the hours are already very long anyway. I do not know whether that answers your question.

**Mr. McCurdy:** Just try to imagine how the application of that kind of attitude to marijuana, for example, would wash with the general public, when alcohol is a serious, serious drug in the kind of harm it causes. However, even you are fairly tolerant of changes being proposed within the context of the general social acceptance of alcohol, no matter how dreadful its effects may be.

**Dr. Smart:** Well, just a second. I would like to see a package of changes made so that if they are going to involve increased availability—lengthening the hours—they also bring in some of the educational components suggested, such as more controls on young people's drinking, more controls on inducements made by breweries to get people to buy a particular beer, the clarification of civil liability issues, forced training for servers and for managers of bars and pubs. All of those things were included as recommendations as well.

**The Chairman:** Dr. Kalant, do you wish to elaborate on this question?

**Dr. Kalant:** I wanted just to come back to Dr. McCurdy's initial comparison of alcohol and marijuana. That type of comparison has to be made perhaps a little more explicit. If you talk about total numbers, unquestionably alcohol constitutes at present a much larger, more important problem than cannabis in its various forms.

• 1010

If you look at the individual user, the patterns are not particularly different. There are users of both drugs who use very lightly and occasionally; there are others who use regularly; and there are others who use very heavily. And the types of damage that are produced by those who use heavily may be different in terms of specific organic problems, but in terms of net effect on health and on social function they are not very different.

So the differences in attitude you mentioned, of society towards alcohol and towards marijuana, are not really based on a demonstrable difference in gravity of one drug as opposed to the other. They are based, really, on a combination of what we happen to be familiar with, what we tolerate or condone or encourage, and what we regard as native to us and what we regard as foreign to our society. Cannabis happens to be seen as a foreign, unacceptable drug by a large segment of the population, while alcohol is seen as native, acceptable, laudable by a large part of the population.

**Mr. McCurdy:** Just two quick observations—

## [Traduction]

l'on repousse l'heure de fermeture d'une heure, cela n'aura probablement pas de grandes répercussions. Par contre, cela répartira peut-être différemment les accidents d'automobile dus à l'alcool, si bien que l'heure de pointe ne sera peut-être plus après une heure mais après deux heures du matin.

Comme les bars sont déjà ouverts de longues heures, rajouter une heure ne changera en général pas grand-chose. Je ne sais pas si j'ai bien répondu à votre question.

**M. McCurdy:** Imaginez ce que ce genre d'attitude vis-à-vis de la marijuana, par exemple, provoquerait comme réaction de la part du grand public alors que l'alcool est une drogue qui peut avoir des conséquences très, très graves. Toutefois, même vous, vous vous montrez très tolérant quand on propose ce genre de changement dans le contexte des attitudes sociales à propos de l'alcool, quels qu'en soient les effets.

**Dr Smart:** Ma foi, un instant! J'aimerais que si l'on apporte de tels changements qui rendent l'alcool plus accessible—prolongation des heures—on les assortisse de certaines mesures d'ordre éducatif, de contrôle de la consommation d'alcool par les jeunes, de contrôle de la publicité faite par les brasseries pour acheter une bière plutôt qu'une autre, d'un éclaircissement des questions de responsabilité civile, d'une formation obligatoire pour les serveurs et les gérants de bars et de pubs. Tout cela faisait également partie des recommandations.

**Le président:** Docteur Kalant, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

**Dr Kalant:** Je voulais simplement revenir sur la comparaison initiale du Dr McCurdy entre l'alcool et la marijuana. Ce type de comparaison devrait probablement être un peu plus explicite. Si vous parlez du nombre total de consommateurs, il ne fait aucun doute que l'alcool représente actuellement un problème beaucoup plus important que le cannabis sous ses diverses formes.

Si vous considérez le consommateur lui-même, les habitudes ne sont pas particulièrement différentes. Dans les deux cas, il y en a qui ne consomment que très peu et seulement à l'occasion; il y en a d'autres qui consomment régulièrement; et il y en a encore d'autres qui consomment beaucoup. Quant aux dommages, les organes touchés sont peut-être différents mais pour ce qui est de l'effet net sur la santé ou le comportement social, ce n'est pas très différent.

Donc les différences d'attitudes dont vous parliez, l'attitude de la société vis-à-vis de l'alcool et vis-à-vis de la marijuana, ne dépendent pas de la gravité d'une drogue par rapport à l'autre. Il s'agit plutôt en fait de ce que nous connaissons, ce que nous tolérons, approuvons ou encourageons, de ce que nous considérons comme caractéristique de notre société par rapport à ce qui nous semble étranger. Le cannabis se trouve à être une drogue qu'une grande partie de la population considère étrangère et inacceptable alors que l'alcool semble naturel, acceptable, louable à une bonne partie de la population.

**M. McCurdy:** Deux observations en vitesse...

[Text]

**The Chairman:** Come on, Howard, I think we will come back to you again on another round. Mr. Turner and then Ms Copps.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman, and welcome to our witnesses.

Just a quick question on what Mr. McCurdy was building on—the question of raising the legal limit for drinking from 19 to perhaps 20 or 21—do you have an opinion on that?

**Dr. Smart:** The Addiction Research Foundation has very frequently recommended that the age limit be increased. We would prefer 21, but even raising it to age 20 would be of help. We have argued for that very consistently over time and we argued when the age was reduced that it not be reduced.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** A broader question. You have been functioning very, very successfully for many years now, and you have become renowned throughout Canada, North America and the world. When you speak of doing research, I am curious to know what kind of research you can be doing today that you have not already done or discovered. This problem has been looked at for generations now, and what is it you are doing that would be so new or innovative... to tell us how much more serious the alcohol problem is or use of drugs?

**Dr. Kalant:** When one asks about research, I cannot help remembering the famous line by Tom Lehrer in one of his early records: "plagiarize, plagiarize, plagiarize, and always please call it research". You have to be careful about what you label "research". Research is used to mean different things by different people. Research can be carried out at all levels with respect to alcohol and drug problems.

One level is gathering information on the nature, the frequency, and the distribution of problems. Another is research into effective methods of preventing or treating. Another is research into the sort of things I was trying to outline—research into mechanisms involved, and which offers the possibility of providing useful sites of intervention in the future.

For example, just to take the kind of research that, with all due respect, politicians often do not have much sympathy for, because it seems to them remote and useless: animal studies, for example, which are seen as an academic curiosity but not really practically relevant to the issue.

Why does a person take a drug? A person takes a drug presumably because it does something for that person. The person gets a kick out of it, feels well, feels euphoric, feels relieved or whatever. And whatever the results are, there has to be something positive, rewarding about it that makes the person want to go back and do it again.

Well, why? You would like to know where that action occurs. What is its nature? Is it possible to modify that by some therapeutic intervention which will deprive the person of the pleasure of using it—take away the pleasure so the person does not have the incentive to use it?

[Translation]

**Le président:** Écoutez, Howard, nous vous redonnerons la parole au prochain tour. Monsieur Turner, puis M<sup>me</sup> Copps.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président et bienvenue à nos témoins.

Une question en vitesse sur le sujet abordé par M. McCurdy. Que pensez-vous de l'idée de porter l'âge minimum pour boire de 19 à 20 ou 21 ans?

**Dr Smart:** La Fondation a très souvent recommandé que l'âge minimum soit en effet relevé. Nous préférierions que ce soit 21 ans mais même 20 ans serait déjà mieux. C'est quelque chose que nous recommandons depuis toujours et lorsque l'âge minimum a été abaissé, nous nous étions inscrits en faux.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Question maintenant plus générale. La Fondation réussit très bien depuis des années et est réputée partout au Canada, en Amérique du Nord et dans le monde entier. Lorsque vous parlez de faire de la recherche, quelle recherche pouvez-vous faire aujourd'hui que vous n'avez pas déjà faite? C'est un problème que l'on étudie depuis des générations et que faites-vous qui puisse être considéré comme tellement novateur pour nous convaincre que l'alcool ou les drogues sont des problèmes extrêmement sérieux?

**Dr Kalant:** A propos de recherche, je pense toujours à la célèbre réplique de Tom Lehrer dans l'un de ses premiers disques: «plagiez, plagiez, plagiez, mais s'il vous plaît, appelez cela de la recherche». Il faut évidemment prendre garde à ce que l'on appelle «recherche». La recherche signifie différentes choses pour différentes personnes. On peut faire de la recherche sur les problèmes de l'alcool et des drogues à tous les paliers.

Un palier sera en scène sur la nature, la fréquence et la répartition des problèmes. Un autre, sur les méthodes de prévention ou les traitements efficaces. Un autre sur ce que j'essayais de vous exposer, sur les mécanismes et sur ce qui permettrait d'envisager des possibilités d'interventions utiles.

Par exemple, le genre de recherche qui, pardonnez-moi, ne séduit en général pas beaucoup les hommes politiques qui la trouvent distante et futile. Je pense à la zootechnie que l'on juge être une curiosité purement théorique sans application pratique utile.

Pourquoi prend-t-on une drogue? Probablement parce que cela a un effet quelconque. L'utilisateur en est content, se sent bien, euphorique, soulagé, que sais-je? Quels que soient les résultats, il doit y avoir un élément positif qui fait que la personne en question décide d'en reprendre.

Pourquoi? Vous voulez savoir ce qui se passe. La nature de cet acte? S'il est possible de modifier cela grâce à une intervention thérapeutique qui privera la personne en question du plaisir d'utiliser cette drogue—retirer le plaisir que l'on en tire de sorte que l'on n'ait plus envie de l'utiliser?



[Texte]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** But have you not already discovered those reasons?

**Dr. Kalant:** No, no. That is why I purposely said basic research is a long-term investment.

You do not target and achieve it the way you say: we will build a space shuttle; we have the technology; we will draw up a timetable; we will solve practical problems; we will engineer it so it can be done in a certain number of years.

• 1015

There are many things about the biological actions of drugs; about the social interactions that generate drug or encourage drug use; about methods of changing attitudes and behaviour with respect to it, that we do not know. Gathering the information, testing theories and developing strategies for achieving the desired goals in those areas will be as long term an activity as it is trying to research methods of preventing heart disease or mental disease or what-have-you.

**Dr. Smart:** We could go out of business and retire, one or the other, if we could find a way to prevent alcohol and drug problems—we have not been able to do that yet—and if we could find a way to treat alcohol and drug problems that was going to be successful with a majority of the patients we see—and we have not been able to do that either.

Now we have more or less methods of prevention and we have more or less methods of treatment, but they are far from ideal.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We were given a chart by the researchers on our committee. I must commend them; they do excellent work here. I trust you have seen the same one.

It generally shows in the last eight or ten years a decrease in the use of most drugs with the exception of cocaine. That is encouraging and I am pleased by your comment that you sensed there is no evidence of a national epidemic. Other witnesses have told us they certainly think there is one, but that is your opinion.

Let me ask what your feelings are on mandatory testing for people in certain designated positions and/or mandatory treatment for some people who are in certain positions.

**Dr. Kalant:** I think I would like to put in the caveat that if you ask our opinions, I at least—and I presume Dr. Smart—would be quite happy to give you our personal opinions. If you ask whether the Foundation as a foundation has an opinion, I think on those issues we are still wrestling with both the practical and the ethical aspects. I do not think the Foundation is yet in a position to make a recommendation on those.

[Traduction]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mais n'avez-vous pas déjà découvert ces raisons?

**Dr Kalant:** Non, pas du tout. C'est la raison pour laquelle je dis que la recherche pure est un investissement à long terme.

Ce n'est pas la même chose que de dire que l'on va construire une navette spatiale; que l'on a la technologie pour le faire; que l'on va arrêter un échéancier; résoudre les problèmes d'ordre pratique; faire le nécessaire pour que le projet soit réalisé dans des délais déterminés.

Il y a beaucoup de choses que nous ne savons pas à propos des effets biologiques des drogues, à propos des interactions sociales qui mènent à la consommation de drogue ou qui l'encourage, à propos des méthodes servant à modifier les attitudes et les comportements vis-à-vis de la drogue. La cueillette d'information, la vérification de théories et l'élaboration de stratégies en vue de la réalisation des objectifs visés dans ces domaines constitueront un travail d'aussi longue haleine que la recherche de méthodes de prévention des maladies cardiaques ou mentales ou autres.

**Dr Smart:** Nous pourrions plier bagages et nous mettre à la retraite si nous trouvions le moyen de prévenir les problèmes de consommation d'alcool et de drogues—nous n'avons pas encore réussi à le faire—et la même chose si nous trouvions une méthode de traitement efficace pour la majorité des patients que nous voyons—et ça non plus, nous n'avons pas réussi à le faire.

Nous avons des méthodes plus ou moins efficaces de prévention et de traitement, mais elles sont loin d'être idéales.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Notre équipe de recherche nous a remis un tableau. Je dois la féliciter pour son excellent travail. Je pense que vous l'avez vous aussi.

En gros, ce tableau montre qu'au cours des huit ou dix dernières années, la consommation de la plupart des drogues, à l'exception de la cocaïne, a baissé. C'est encourageant, et je suis heureux de vous entendre dire que vous ne croyez pas que le problème ait pris l'ampleur d'une épidémie nationale. D'autres témoins nous ont dit que le problème avait pris des proportions épidémiques, mais vous ne partagez pas cet avis.

Pourrais-je vous demander ce que vous pensez de l'idée de faire subir des tests de dépistage obligatoires et un traitement obligatoire aux personnes qui occupent certains postes désignés?

**Dr Kalant:** Si vous nous demandez notre opinion, nous—du moins moi, et j'ai l'impression que ça sera la même chose pour M. Smart—nous ferons un plaisir de vous faire part de notre opinion personnelle. Si vous nous demandez si la Fondation en tant qu'organisme a une opinion, alors là je dois vous dire que nous sommes toujours en train d'étudier la question sous ses aspects pratiques et éthiques, et que nous n'avons pas encore pris position. Je ne crois pas que la Fondation soit en mesure de formuler une recommandation à ce propos.



*[Text]*

But if you want personal opinions, I would be happy to give you one.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Well, let us hear it, yes or no. Mandatory testing or . . .

**Dr. Kalant:** I think testing has to be seen in the same light as many public health issues.

There is nothing that has been achieved in public health that has been entirely non-coersive. The compulsory pasteurization of milk, the compulsory chlorination of water and so on; all of the things people laud as major advances in public health are in fact coersive measures.

Everything about society requires some balance between individual rights and freedoms and some measure of coercion for the sake of the common good. Where you draw the line depends, with respect to any particular measure, on the value you place on personal freedom as opposed to the common good.

To me at least a reasonable attitude would be to say that as certain activities carry so great a potential risk to others if the ability to carry them out is impaired by drugs, then society has a right to demand some assurance of freedom from impaired performance due to drugs.

In other areas it really is not a serious problem to society at large though it maybe a potential problem to the user. In those cases I would say there is no legitimate reason for mass, sweeping drug testing of the whole population.

**Dr. Smart:** I would just say a word about mandatory treatment and it is a complicated word, unfortunately. It does not seem to me that the civil commitment programs and various kinds of mandatory-treatment efforts I have seen in the U.S. and in other places have been enormously successful and probably not more successful than we have been.

The other thing is, we have a lot of mandatory treatment already in that a large number of our patients coming in to treatment are under a lot of pressure from somebody. Very few of them are totally voluntary. The pressure may come from husbands or wives and frequently comes from the courts. Somebody is going to appear in court next month and the lawyer tells him he had better get in for treatment because then they can mention it in court and that would be a good thing.

There are all sorts of mandatory kinds of treatment going on which are not done under legal mandate. We do not get a lot of people in treatment who are overwhelmingly happy to be there. Mostly we get people who are being pressured to be there.

• 1020

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The whole question of prevention is one which we have been trying to focus on here and I think the ultimate solution is to prevent. You spoke of educational programs, but what do you think is the best

*[Translation]*

Mais si vous voulez notre opinion personnelle, je suis bien prêt à vous la donner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Eh bien, êtes-vous en faveur ou pas des tests de dépistage obligatoires . . .

**Dr. Kalant:** Je pense que les tests doivent être considérés de la même façon que bien d'autres questions de santé publique.

Il ne s'est rien fait dans le domaine de la santé publique qui soit entièrement non coercitif. La pasteurisation obligatoire du lait, le traitement obligatoire de l'eau au chlore notamment sont toutes des mesures que la population considère comme des réalisations majeures en matière de santé publique, mais elles sont toutes des mesures coercitives.

Tout ce qui se fait dans la société doit reposer sur un certain équilibre entre les droits et libertés individuels et le bien-être collectif. La ligne de démarcation pour toute mesure s'établit en fonction de l'importance que vous accordez aux libertés personnelles par opposition au bien collectif.

Personnellement, je crois qu'il serait raisonnable de dire que, dans la mesure où certaines activités comportent un gros élément de risque pour les autres si les facultés des personnes qui les accomplissent sont affaiblies par la drogue, la société est en droit d'exiger certaines garanties à cet égard.

Dans d'autres secteurs d'activité, la consommation de drogue ne pose pas de sérieux problèmes pour la société en général, bien qu'elle puisse entraîner éventuellement des problèmes pour le consommateur. Dans ces circonstances, il n'est pas justifié d'imposer des examens à toute la population.

**Dr. Smart:** Simplement un commentaire au sujet du traitement obligatoire qui est malheureusement une question complexe. Je n'ai pas l'impression que les programmes d'engagement civil et divers autres types de programmes de traitement obligatoire que j'ai vus aux États-Unis et ailleurs ont été tellement efficaces, pas plus qu'ici d'ailleurs.

Il faut dire aussi qu'il y a déjà beaucoup de traitement obligatoire qui se fait, dans la mesure où un bon nombre des patients que nous traitons viennent nous voir par suite de fortes pressions exercées par quelqu'un. Très peu de nos patients viennent de leur plein gré. Ils viennent sous les pressions de leurs époux ou épouses, et souvent suite à une ordonnance des tribunaux. Il arrive que les avocats disent à leurs clients qui doivent comparaître devant les tribunaux au cours du mois suivant de se soumettre à un traitement parce que cela peut jouer en leur faveur.

Il y a toutes sortes de traitements obligatoires qui se font sans prescription légale. Nous ne traitons pas beaucoup de patients qui sont excessivement heureux d'être là. La plupart de nos patients ont subi des pressions.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** La prévention est l'une des questions à laquelle nous accordons beaucoup d'importance, et pour moi, c'est la solution. Vous avez parlé de programmes d'éducation, mais quel est selon vous le meilleur moyen

[Texte]

medium that we could use to reach the young user of illegal drugs and alcohol? Do you think it is television?

**Dr. Smart:** I do not know what the best medium for prevention is right now. We know that young people pay attention to television more than to any other kind of mass media, so television would be a good medium if you want to educate non-users about staying in the non-user category. But the research that we done indicates that users of drugs are more likely to be subject to peer influence than they would be to mass media influence.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** But their friends may have seen the television program and this would influence the user.

**Dr. Smart:** Well, that may be, but I do not think we are sure how to do it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Other witnesses have said that we need some research into finding out what would be the best means of education.

**Dr. Smart:** Yes, and the vast majority of research indicates that television cannot change people's basic attitudes or behaviour. One can give them information through television, but normally television confirms people's beliefs and has very little effect on changing behaviour.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do not tell that to the breweries.

**Dr. Kalant:** I would like to support what Dr. Smart has just said. In education on any issue, not just drug use, there is usually no one best medium. One usually has to use a variety of media for different specific purposes. If you want to change attitudes and behaviours, some kind of interactive approach is almost obligatory, so you may have to use some media for the transmission of information and other approaches, including small group interactions, such as the sorts of things that teachers can do in small classrooms, for changing attitudes and behaviours.

**Ms Copps:** In your appended comments on "Forbidden Highs", Dr. Smart, you say that available evidence on the value of education and preventive efforts is not encouraging and that many programs have no important effects, but few have negative ones. However, you go on to say that there is a need for more sophisticated school and mass media programs for primary prevention. Given your concern about the inability of television to change habits, how would more mass media programs help?

**Dr. Smart:** I think mass media programs can be a great deal of help in giving people information, such as where to go for help, where the clinics and the hospitals are located, and if you have an alcohol or a drug problem. But I can not see television encouraging people not to drink or become alcoholics, or to modify their behaviour in an enormously important way. While I think that mass media can be very helpful in telling

[Traduction]

d'atteindre les jeunes consommateurs de drogues illicites et d'alcool? Pensez-vous que c'est la télévision?

**Dr Smart:** Je ne sais pas quel est le meilleur moyen en ce moment par lequel nous pouvons faire de la prévention. Nous savons que les jeunes portent plus d'attention à la télévision qu'à tout autre moyen d'information, de sorte que oui, la télévision serait un bon moyen à utiliser pour inciter ceux qui ne consomment pas de drogues ou d'alcool à continuer de s'abstenir. Mais les recherches que nous avons faites nous révèlent que les consommateurs de drogues sont davantage influencés par leurs amis que par les médias.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mais les amis des consommateurs peuvent avoir vu l'émission de télévision, et cela pourrait avoir une influence.

**Dr Smart:** C'est possible, mais nous ne savons pas exactement comment faire.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'autres témoins nous ont dit qu'il faudrait faire de la recherche afin de trouver le meilleur outil d'éducation.

**Dr Smart:** Oui, et les travaux de recherche disent en majeure partie que la télévision ne peut pas changer les attitudes ou les comportements de base de la population. La télévision peut servir à communiquer de l'information, mais d'habitude, elle ne fait que confirmer les croyances des gens et n'a que très peu d'effet sur les changements de comportement.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** N'allez pas raconter cela aux brasseries.

**Dr Kalant:** Je suis d'accord avec ce que M. Smart vient de dire. Il n'y a habituellement pas de médium idéal pour les programmes d'éducation sur des questions précises, et pas seulement la drogue. D'ordinaire, il faut recourir à divers médias pour atteindre différents objectifs précis. Pour changer les attitudes et les comportements, il faut presque obligatoirement prendre une approche interactive; c'est-à-dire faire appel aux médias pour communiquer de l'information, et recourir à d'autres méthodes, notamment les réunions en petits groupes, comme peuvent le faire les enseignants dans leurs salles de classe.

**Mme Copps:** Dans votre document intitulé *Forbidden Highs* présenté en annexe, monsieur Smart, vous dites que les résultats des programmes d'éducation et de prévention ne sont pas encourageants et que de nombreux programmes n'ont pas d'effets importants, cependant que peu ont des effets négatifs. Mais dans le même souffle, vous dites qu'il faudrait établir davantage de programmes de prévention primaire pour les écoles et les médias. Comment davantage de programmes dans les médias pourraient-ils être utiles si vous pensez que la télévision ne sert à rien pour changer les habitudes?

**Dr Smart:** Je pense que les médias peuvent être grandement utiles pour informer la population; pour dire aux gens à qui s'adresser, où se trouvent les cliniques et les hôpitaux, et pour les aider à déterminer s'ils ont un problème d'alcool ou de drogue. Mais je ne crois pas que la télévision puisse servir à encourager les gens à ne pas consommer d'alcool ou à ne pas tomber dans l'alcoolisme, ou à modifier leur comportement de



[Text]

people where the sources of help can be found, we do not often use mass media that way.

With regard to drug education, it has not been given a very good trial yet, at least in Ontario. About half of the boards of education do not have any drug education to speak of, and where there is drug education, it is not very extensive. We do not have the time to do the proper kinds of teacher training and we do not have an ideal program yet. We still need to spend a lot of time studying the best ways to do prevention programs. But I would say that just because we found it difficult up to now, we ought to give up.

**Ms Copps:** In the same paper you also suggest that Canada has an overdependency on legal controls in the response to drug abuse problems. When it was mentioned about mandatory drug testing, for example, it seems to me that we are again looking for legal answers to problems that are probably far more complex, and I wonder if you might comment on what you wrote there.

• 1025

**Dr. Smart:** Well, I am not sure what it is you are quoting, but—

**Ms Copps:** It is from your paper, "Forbidden Highs".

**Dr. Smart:** It is a book.

**Ms Copps:** Right, but the excerpt here.

**Dr. Smart:** I think the general idea is that Canada has had kind of law-and-order approach to illicit drug problems in the past. We have tended to depend a good deal on arresting people, on putting people in jail for cannabis use in the past, although that has largely disappeared now.

We have given the RCMP and other police forces a great deal of power in arresting drug users—the use of writs of assistance, of course, comes to mind—and generally, we have thought that legal controls would be sufficient.

We have tended, I think more than the United States, to take a legal sanctions approach. They have a more of a civil rights approach where the rights of the individual tend to be far more important.

I think that in the future we will have to pay more attention to other kinds of activities. I think the legal sanction sort of approach has not been working that well for us, and one can see that we are beginning to depart from it in any case.

I think writs of assistance have largely been given up. With the new Constitution certain kinds of police activities are no longer really possible. I think we are moving away from this and towards other kinds of things.

[Translation]

façon très importante. Bien que les médias puissent être très utiles pour aider les gens à trouver de l'aide, nous ne les utilisons pas souvent de cette façon.

Pour ce qui est des programmes d'éducation sur les drogues, ils ne sont pas encore tellement répandus, du moins pas en Ontario. Environ la moitié des conseils d'éducation n'ont pas de programmes d'information sur la drogue qui valent la peine d'en parler, et les programmes qui existent ne sont pas très élaborés. Nous n'avons pas le temps de bien former les enseignants, et nous n'avons pas encore un programme idéal. Nous avons encore beaucoup de travail à faire pour trouver la formule idéale pour les programmes de prévention. Ce n'est pas parce que nous avons eu de la difficulté jusqu'à présent que nous devons abandonner.

**Mme Copps:** Dans le même document, vous dites que le Canada accorde trop d'importance aux lois pour régler les problèmes reliés à la consommation abusive des drogues. Là où l'on parle de faire subir aux gens des tests de dépistage de drogue obligatoires, par exemple, il me semble que l'on cherche de nouveau à trouver des réponses judiciaires à des problèmes qui sont vraisemblablement beaucoup plus complexes que cela, et je me demande si vous ne pourriez pas étoffer ce que vous avez écrit là.

**Dr. Smart:** Quel passage citez-vous au juste, car je ne suis pas sûr...

**Mme Copps:** Je l'ai tiré de votre document intitulé *Forbidden Highs*.

**Dr. Smart:** Il s'agit d'un ouvrage.

**Mme Copps:** Oui, mais nous en avons un extrait ici.

**Dr. Smart:** Je crois que le Canada a, par le passé, imposé des sanctions judiciaires aux problèmes que pose la toxicomanie. Nous avons surtout, il me semble, cherché à écrouer les toxicomanes, à les jeter en prison pour consommation de cannabis, même si ces méthodes tendent maintenant à disparaître.

La GRC et les autres corps policiers ont été autorisés à arrêter les toxicomanes—je pense aux mandats de main-forte—et nous avons pensé en général que les sanctions judiciaires suffiraient.

Plus que les États-Unis, nous avons choisi la voie judiciaire. Les États-Unis ont tendance à aborder ce problème sous l'angle des libertés civiles qui accordent plus d'importance aux droits de l'individu.

À l'avenir, je crois qu'il faudra trouver d'autres moyens. Les sanctions judiciaires n'ont pas donné les résultats escomptés et de toute façon, on s'en éloigne de plus en plus.

Je crois que les forces policières n'ont maintenant que rarement recours aux mandats de main-forte. L'adoption de la nouvelle Constitution a entraîné l'abandon de certaines activités policières. Ces mandats et autres moyens judiciaires ne sont que très rarement utilisés maintenant.



[Texte]

**Ms Copps:** I am interested that you should observe this, because it seems to me—and this is all obviously anecdotal—perhaps the laws that are on the books here might be tougher, but in practice, the Canadian police forces, etc.—and certainly the stats we got from the RCMP seem to bear that out, and you made the comment this morning—seem to generally not necessarily apply the letter of the law when it comes to consumption of things like marijuana, even in public places. I have been to Roughrider football games and seen people lighting up—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Tiger Cats.

**Ms Copps:** I have seen it at the Roughrider games. I saw it at the Hamilton hockey games, but anyway. People will light up a joint and the police officer will walk by and just kind of tell him to put it out, it is a no-smoking zone.

**Dr. Smart:** Yes, I think that probably is true.

**Ms Copps:** I would not expect to see that in the United States.

**Dr. Smart:** I think it occurs there as well, from what I have been told.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** When were you last in California?

**Mr. McCurdy:** They sell them at gas stations in California. They are virtually legal in Oregon and on the campus of the University of Michigan, there is a \$5 fine.

**Ms Copps:** For what?

**Mr. McCurdy:** For cannabis use.

**Dr. Smart:** The other thing one might look at is the way the courts have changed. The courts have changed in how they deal with cannabis users who come to court. In the mid-1960s and late 1960s, nearly half of the people coming to court for cannabis possession were being imprisoned, and now I think it is down to about 8% of people being imprisoned for cannabis possession, so the thinking of judges in the courts has changed very much from a law-and-order kind of approach to a different sort of approach altogether.

**Ms Copps:** Dr. Kalant, when you talk about the role of the Addiction Research Foundation, there is quite an emphasis on the whole question of research and you say there are about 50 scientists engaged in active research, although it has been reduced in recent years.

Can you tell us a little bit—and it might have occurred before I came; unfortunately, I had another meeting and I did not get the breakdown of where you receive, for example, government funding. Has there been a cut-back, for example, in scientific allotments for things like the study of drug abuse from governments, from other agencies and why have you cut back your scientists?

**Dr. Kalant:** The funding comes not entirely, but almost entirely, from the provincial government and there has been a gradual reduction in budget over a number of years now.

[Traduction]

**Mme Copps:** Ce que vous dites est intéressant, car il me semble—et tout ceci relève évidemment de l'anecdote—que la loi écrite est peut-être plus stricte que la pratique—et les statistiques que nous a fournies la GRC semblent l'étayer, et vous avez dit la même chose ce matin—car les forces de police canadiennes en général n'appliquent pas la loi au pied de la lettre lorsqu'il s'agit de sanctionner la consommation de drogues comme la marijuana, même dans des lieux publics. J'ai assisté à certains matchs de football des Roughriders et j'ai vu des gens allumer...

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous confondez avec les Tiger Cats.

**Mme Copps:** J'en ai vu aux matchs de football des Roughriders. J'en ai vu également aux matchs de hockey de l'équipe de Hamilton. Il y en a qui allument un joint et le policier leur demande simplement de l'éteindre, en leur disant qu'ils sont dans une zone réservée aux non-fumeurs.

**Dr Smart:** Oui, c'est probablement vrai.

**Mme Copps:** Je ne crois pas que cela se passe ainsi aux États-Unis.

**Dr Smart:** Oui, je crois, d'après ce qu'on m'a dit.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Quand êtes-vous allé pour la dernière fois en Californie?

**M. McCurdy:** Ils en vendent dans les stations-service en Californie. Ils sont pratiquement licites en Oregon et sur le campus de l'université du Michigan, l'amende est de 5\$.

**Mme Copps:** Pourquoi?

**M. McCurdy:** Pour consommation de cannabis.

**Dr Smart:** Les tribunaux ont également changé. Ils ne traitent plus de la même façon les fumeurs de cannabis. À partir du milieu des années 1960, près de la moitié de ceux inculpés pour possession de cannabis étaient emprisonnés; or maintenant ils ne sont plus que 8 p. 100 si bien que les juges ont changé leur fusil d'épaule et n'imposent pratiquement plus de sanctions judiciaires.

**Mme Copps:** Monsieur Kalant, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie semble mettre l'accent sur l'aspect recherche et vous nous avez même dit que 50 scientifiques environ se livraient à ces recherches, même si ce nombre a diminué ces dernières années.

Pourriez-vous nous dire—mais peut-être l'avez-vous dit avant que je n'arrive; malheureusement, j'ai dû assister à une autre réunion et je ne sais pas si vous nous avez donné le décompte des subventions que vous recevez du gouvernement, par exemple. Les gouvernements, les organismes ont-ils réduit les subventions qu'ils vous accordaient pour que vous étudiez le phénomène de la toxicomanie et pourquoi le nombre de chercheurs a-t-il diminué?

**Dr Kalant:** La presque totalité de ces subventions nous sont octroyées par le gouvernement provincial qui, petit à petit, réduit notre budget au fil des ans.

**[Text]**

At the beginning, the Foundation was able to protect its research investment by making most of the cuts in other areas which it considered less essential to its basic mandate.

In recent years it has been no longer possible to protect the research expenditures completely and there has been a small but steady reduction in the available budget, which has meant a decrease in the research activity in the staff and in the number of programs, the range of programs, that can be carried on. A small amount of funding comes from other sources. The Foundation itself generates some revenue from the sale or rental of educational materials to other jurisdictions in Ontario. The clinical Institute is a teaching hospital affiliated with the University of Toronto. Patient care generates some revenue through the health insurance program.

• 1030

Individual researchers are eligible to apply for extra-mural research grants from agencies such as the Medical Research Council. I regret to say we get probably as much support from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism in the United States as we do from Canadian sources. It is not that we regret getting help from the States, but we regret it is necessary to apply for help from sources outside Canada. The bulk of our funding comes from the provincial government. The scope of activities is dependent upon the size of the available budget.

**Ms Copps:** In terms of the federal government, you get no direct funding, but individual scientists may apply for grants.

**Dr. Kalant:** Yes, plus some contractual support. For example, from time to time the federal government has bought educational materials from the Foundation for programs of various kinds. It has given support for specific research projects in which it is interested. Some of the drinking-driving work has been partly supported by—

**Dr. Smart:** Yes, some conferences and seminars—

**Ms Copps:** I suppose coming from Ontario... we always think we are the center of the universe. I assumed the Addiction Research Foundation had a national mandate. I am surprised there is no national equivalent.

**Dr. Kalant:** No, there is no national equivalent.

**Ms Copps:** Why is that?

**Dr. Kalant:** The question should be directed to the federal government. Abroad, we are seen as the national agency for alcohol and drug abuse. In other countries it is not known we are a provincial agency.

**Ms Copps:** I did not know. I thought you were nationally—

**Dr. Kalant:** No, we are not. I guess the reason why an Ontario agency has been able to develop to the extent it has is a combination of fortunate circumstances. At the time the

**[Translation]**

Au début, la Fondation a pu protéger son Service de recherche en procédant à des coupures dans des secteurs qu'il ne considérait pas essentiels à son mandat.

Ces dernières années, nous n'avons pas réussi à protéger notre Service de recherche et notre budget a diminué constamment au fil des ans, ce qui nous a poussés à réduire nos recherches, à réduire le nombre de programmes et leur portée. Nous avons également d'autres sources de revenu. La Fondation tire certains revenus de la vente ou de la location de matériaux pédagogiques à d'autres instances ontariennes. L'Institut clinique est un hôpital universitaire rattaché à l'Université de Toronto et les soins donnés aux patients produisent certains revenus par le truchement du Programme d'assurance-maladie.

Chaque chercheur peut présenter des demandes de subventions de recherche extra-muros auprès d'organismes tels que le Conseil de recherches médicales. Je regrette de devoir dire que nous obtenons vraisemblablement autant d'argent du *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* américain que du Canada. Nous ne regrettons pas d'obtenir l'aide financière des États-Unis, mais nous regrettons de devoir présenter des demandes d'aide auprès d'instituts non canadiens. Mais l'essentiel de nos activités sont financées par le gouvernement provincial et leurs portées dépendent du budget mis à notre disposition.

**Mme Copps:** Vous n'obtenez donc aucune subvention directement du gouvernement fédéral, bien que chaque chercheur puisse demander des subventions.

**Dr. Kalant:** Oui, plus les contrats que nous obtenons. Par exemple, de temps à autre, le gouvernement fédéral nous a acheté du matériel pédagogique pour ses divers programmes. Il nous a aidés à mener à bien certains projets de recherche auxquels il s'intéressait particulièrement. Une partie des travaux de recherche liés à l'alcool au volant a été financée par...

**Dr. Smart:** Oui, certaines conférences, certains colloques...

**Mme Copps:** Etant originaire de l'Ontario... Nous avons toujours tendance à penser que nous sommes le nombril du monde. Je croyais que la Fondation de la recherche sur la toxicomanie était nationale. Je suis surprise qu'il n'y ait pas de fondation nationale.

**Dr. Kalant:** Non, il n'y en a pas.

**Mme Copps:** Pourquoi?

**Dr. Kalant:** Vous devriez poser cette question au gouvernement fédéral. À l'étranger, nous sommes considérés comme étant l'organisme national de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Les autres pays ne savent pas que nous ne sommes qu'un organisme provincial.

**Mme Copps:** Moi, je ne le savais pas. Je croyais que la Fondation était nationale...

**Dr. Kalant:** Non. Je crois que si un organisme de l'Ontario a pu croître ainsi, c'est en raison de circonstances favorables. À l'époque où le ministre de la Santé de l'Ontario l'a créée ou a



[Texte]

Minister of Health of Ontario created it or guided the legislation through, and at the time Mr. Archibald was appointed to set it up, the relationships between the director of the Foundation and the successive Ministers of Health were excellent. It was a time of affluence when budgets could increase. It was simply a fortunate series of coincidences and motivation by people who had a clear sense of the direction in which they were headed—in the government and in the Foundation. That enabled it to reach its present size, but there has been no national mandate.

**Ms Copps:** Given the current disposition in research circles nationally, to link the type of research you do with very quantifiable business-oriented results, has that affected the work you are doing or individual projects scientists might be doing at the Addiction Research Foundation? Are you getting funding from other private sources as well?

**Dr. Kalant:** Very, very little—

**Ms Copps:** I assume most of the research you do must be very long term.

**Dr. Kalant:** No, it is a blend of short term and long term. For example, research into employee assistance programs, developing appropriate methods and evaluating them is relatively short-term research. They are specific targeted projects. Similarly, other program development research is largely within limited terms. On the other hand, research into basic mechanisms of addiction, methods of modifying the addictive process and the survey-type research that Dr. Smart spoke about, in which the goals are the monitoring of trends and the interpretation of broad economical, political and social factors that may affect these trends, have to be long-term research. We would therefore have short, long and intermediate-term research, according to the purposes.

• 1035

**Ms Copps:** In Dr. Smart's presentation, you make note of the fact that we are very low in consumption of methedone as compared with other countries. Is this not partly because methedone was originally introduced as a heroin substitute to enable people to bring their habits into line? Eventually, when it was seen that they were not necessarily being weaned off methedone, people were getting cut off this drug.

**Dr. Smart:** I think there are many reasons why Canada would be low in methedone consumption. It has not been used much as an analgesic or pain killer in Canada. Also, the number of heroin addicts in Canada has always been fairly low and has been decreasing, at least the number being admitted to treatment. I think there has been a tendency over the past few years for addicts who are getting methedone in treatment to get smaller amounts as opposed to larger amounts. The style used to be to give addicts quite a large dose of methedone over a long time, but the trend now is to give them small amounts over a short period of time.

[Traduction]

fait adopter la loi organique, et à l'époque où M. Archibald en a été nommé président, les rapports qu'entretenaient le directeur de la Fondation et les ministres de la Santé qui se sont succédés au pouvoir étaient excellents. C'était l'époque où les budgets augmentaient régulièrement. Il s'agit tout simplement d'un ensemble de coïncidences favorables auxquelles il faut ajouter une très forte motivation de la part de ceux qui devaient décider de son avenir tant au gouvernement qu'à la Fondation. C'est ce qui lui a permis d'atteindre l'importance qu'elle a actuellement, mais elle n'est pas nationale.

**Mme Copps:** Compte tenu de l'orientation qu'adopte un nombre croissant de centres de recherche nationaux, à savoir rattacher la recherche à des considérations commerciales quantifiables, peut-on dire que cette nouvelle orientation a changé le cours des projets entrepris par les chercheurs de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie? Le secteur privé vous aide-t-il financièrement?

**Dr Kalant:** Très, très peu . . .

**Mme Copps:** La plupart de vos recherches sont sans doute des recherches qui n'aboutiront que dans quelques années.

**Dr Kalant:** Non, ce sont des recherches à court terme et à long terme. Par exemple, les programmes d'aide aux employés, l'élaboration et l'évaluation de méthodes appropriées constituent des travaux de recherche à court terme. Ce sont des projets à objectifs déterminés. De même, les délais d'élaboration de nouveaux programmes sont limités. D'autre part, la recherche sur les mécanismes de base de la toxicomanie, sur les méthodes permettant de modifier celle-ci ainsi que le genre de recherches par sondage auxquelles faisait allusion le docteur Smart et dont le but doit être de surveiller les tendances et d'interpréter les grands facteurs économiques, politiques et sociaux qui peuvent influencer ces tendances, toute cette recherche doit être faite à long terme. On devrait par conséquent procéder à de la recherche à court terme, à long terme et à moyen terme, selon le but que l'on désire atteindre.

**Mme Copps:** Dans votre présentation, monsieur Smart, vous remarquez que la consommation de méthadone au Canada est honnêtement inférieure à celle d'autres pays. N'est-ce pas dû en partie au fait que la méthadone a été utilisée au départ comme un substitut de l'héroïne permettant aux héroïnomanes de se désintoxiquer. Lorsque l'on s'est rendu compte que tel n'était pas en fait le cas, on a interrompu l'usage de cette drogue.

**Dr Smart:** Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles l'usage de la méthadone n'est pas très répandu au Canada. En fait ce produit n'a pas été beaucoup utilisé comme analgésique. De plus, le nombre d'héroïnomanes a toujours été relativement faible au Canada et celui-ci a même diminué; je parle évidemment des personnes admises en cure de désintoxication. De plus, au cours des quelques dernières années, les personnes qui sont traitées à la méthadone ne reçoivent pas de grandes doses de celle-ci. Auparavant, les doses étaient importantes et s'étendaient sur de longues périodes. À l'heure actuelle la tendance est d'administrer de petites doses sur une petite période de temps.



[Text]

**Ms Copps:** I know we had a treatment clinic in Hamilton at one time and eventually they could not get a doctor to run it, so they just cut it off and some users were essentially told that if they wanted to get methedone, they could go to Toronto.

**Dr. Smart:** I do not know about that particular matter.

**Ms Copps:** Oh, okay. Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Copps. Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. Dr. Kalant and Dr. Smart, I would like to further explore two areas with you, beginning with youth. You mentioned a major study in your brief, Dr. Smart, about students in Ontario, indicating that it is representative of the whole province, but I am wondering if such a study would be fairly representative of the country as a whole.

**Dr. Smart:** I do not know how to answer that question. It is not designed to be representative of the country as a whole, but I think one could perhaps stretch things and say that the results might be representative in an overall way, in that if you look at a number of surveys, Ontario tends to be close to the national average when it comes to Canada's alcohol consumption.

However, when it comes to cocaine, I would think it is quite a bit higher than the national average, so it would depend on what drug you picked and I think it would be very risky to say it is representative of the whole country. It would certainly not be representative of what goes on in Newfoundland, P.E.I and places like that.

**Mr. White:** In answer to an earlier question, you mentioned that the primary role of government would probably be education. Then further on in the discussions, when we discussed the medium, there was some doubt as to what the best medium would be. I am wondering what the best method would be, regardless of the medium. In your opinion, what is the method most influential with the 13- to 16-year-olds?

**Dr. Smart:** In preventing cannabis use?

**Mr. White:** In preventing cannabis and alcohol use, as a general statement.

**Dr. Smart:** I think the best method probably has to do with some of the inoculation methods which are used in the United States, such as using peer pressure, which has involved getting young people to speak against the use of cannabis in public situations where they prepare a short lecture and give it in front of their friends. I think those have been some of the best methods, and they are largely experimental. There has also been success with the "Just Say No" program for illicit drug use in the U.S..

**Mr. White:** I would like to move to the area of alcohol. How many alcoholics do we have in Canada?

[Translation]

**Mme Copps:** Il existait une clinique de désintoxication à Hamilton, à un certain moment. Cependant, n'ayant pu se procurer les services d'un médecin pour diriger celle-ci, la clinique a cessé de fonctionner et on a dit aux patients qu'ils se rendent à Toronto s'ils voulaient obtenir de la méthadone.

**Dr Smart:** Je ne suis pas au courant de cet incident particulier.

**Mme Copps:** Très bien. Je vous remercie.

**Le président:** Merci, madame Copps. Monsieur White.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Monsieur Kalant, monsieur Smart, j'aimerais explorer deux domaines avec vous, tout d'abord la question de la jeunesse. Vous avez parlé d'une étude importante dans votre mémoire, monsieur Smart, portant sur les étudiants de l'Ontario. Vous avez dit que cette étude peut être extrapolée à toute la province. Je me demande si elle pourrait l'être également à tout le pays.

**Dr Smart:** Je ne sais vraiment pas comment répondre à votre question. En fait le but de l'étude n'était pas de faire en sorte que celle-ci s'applique à tout le pays. Cependant on peut toujours extrapoler, dire que ses résultats pourraient s'appliquer de façon générale. En effet, dans le cas de bon nombre d'enquêtes, les moyennes réalisées pour l'Ontario se rapprochent des moyennes nationales, notamment dans le cas de la consommation d'alcool.

Cependant, dans le cas de la cocaine, les chiffres pour l'Ontario seraient un peu supérieurs à ceux de la moyenne nationale. Par conséquent tout dépendrait de la drogue que l'on envisage et je crois qu'il serait donc risqué d'appliquer les conclusions de l'étude à tout le pays. Celles-ci ne s'appliqueraient certainement pas à Terre-Neuve, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans des endroits de ce genre.

**M. White:** En réponse à une question précédente, vous avez dit que le rôle principal du gouvernement devrait se jouer dans le domaine de l'éducation. Au cours de la discussion, lorsque nous avons parlé des moyens à utiliser, un certain doute semblait planer sur cette question. Si l'on laisse de côté la question des moyens à utiliser, quelle serait à votre avis la meilleure méthode, dans le cas des jeunes de 13 à 16 ans?

**Dr Smart:** Pour empêcher l'utilisation du cannabis?

**M. White:** Oui, et l'usage de l'alcool en général.

**Dr Smart:** La meilleure méthode est sans doute celle que l'on pourrait appeler d'inoculation, utilisée aux États-Unis, bref des méthodes ayant recours à la pression du groupe: deux jeunes personnes s'adressent à leurs amis sur des sujets comme le cannabis par exemple. Je crois qu'il s'agit là d'une des meilleures façons de procéder, mais les choses n'en sont encore qu'à l'étape expérimentale. Un certain succès a été également remporté aux États-Unis dans le cadre du programme *Just Say No* qui concerne l'usage de drogues illicites.

**M. White:** J'aimerais maintenant passer à la question de l'alcool. Quel est le nombre d'alcooliques au Canada?

[Texte]

**Dr. Kalant:** If you use a percentage of users, it would be roughly 6% of users of alcohol, which means about 6% of the population above the age of 15.

• 1040

**Mr. White:** A large percentage of your work involves alcoholics, and when we talk about multi-drug users, alcohol is usually one of those drugs, is this correct?

**Dr. Kalant:** Yes.

**Mr. White:** If we could aim our education at alcohol and bring down its abuse, would it naturally follow that the abuse of other drugs would decline?

**Dr. Kalant:** In general, studies have shown that when one uses alcohol alone and no other drug, there is not necessarily a strong likelihood that they will take up a new one. But with each additional drug that a person uses, the acquisition of a new drug becomes easier. So people who use alcohol plus marijuana are more likely to go on to try something else, such as speed or cocaine, than the person who is only an alcohol user. On the other hand, the use of alcohol is so important as a manifestation of the readiness in society at large to tolerate drug use of various kinds, that if there could be a major dent in it, I would think it is a reasonable prediction that the use of other drugs would be decreased as a consequence.

**Dr. Smart:** Well, I would certainly agree with Dr. Kalant on that, but reducing alcohol consumption and also reducing marijuana or cannabis consumption are both necessary because marijuana tends to be a better predictor of cocaine use. so you might have to focus on two drugs rather than just one.

**Mr. White:** In your opinion, should government efforts in education be concentrated on alcohol and marijuana? If you have to prioritize and you want a concentrated effort of education and prevention, would those be the two to center our efforts upon?

**Dr. Smart:** I would say so, but I assume that we are forgetting about tobacco.

**Mr. White:** That is obvious.

**Dr. Kalant:** Mr. White, you said that we had indicated that education should be the primary role of government, but I do not think we would agree that education should be the only role because government has a major role to play in a number of different aspects.

Just as one illustration, there was a very fascinating experiment done a few years ago in a psychiatric research hospital in the United States by a group which has been involved in alcohol research over many years. This experiment involved two groups of subjects; a group of alcoholics and a group of social drinkers, who volunteered to take part in a three month, live-in experiment in a closed ward. They had to

[Traduction]

**Dr Kalant:** Par rapport au pourcentage d'utilisateurs, il s'agirait environ de 6 p. 100 des personnes faisant l'usage d'alcool, ce qui représente environ 6 p. 100 de la population âgée de plus de 15 ans.

**M. White:** Un grand pourcentage de votre travail porte sur les alcooliques. Les personnes qui utilisent plusieurs drogues prennent généralement de l'alcool également, n'est-ce pas?

**Dr Kalant:** Oui.

**M. White:** Si, dans le programme éducatif, nous nous concentrons sur l'alcool pour en diminuer son usage, ne croyez-vous pas que l'usage des autres drogues déclinerait par la même occasion?

**Dr Kalant:** En général, selon des études faites sur la question, chez les personnes qui utilisent seulement l'alcool, il n'y a pas de forte chance qu'elles adoptent une nouvelle drogue. Cependant, pour chaque drogue supplémentaire à laquelle une personne a recours, l'acquisition d'une nouvelle drogue devient plus facile. Ainsi, les personnes qui se droguent à l'alcool et à la marijuana essayeront plus facilement une autre drogue comme le speed et la cocaïne que la personne qui ne s'intoxique qu'à l'alcool. D'autre part, le fait de prendre de l'alcool reflète, à un degré tellement haut, la tolérance des autres drogues que si l'on pouvait faire une percée importante dans le domaine de l'alcool, il serait raisonnable de penser que l'utilisation des autres drogues diminuerait également en conséquence.

**Dr Smart:** Je suis tout à fait d'accord avec M. Kalant à ce sujet, mais il est tout aussi important de réduire la consommation d'alcool et de marijuana et de cannabis, car l'usage de la marijuana, c'est la porte ouverte à l'usage de la cocaïne. Il faudrait donc se concentrer sur ces deux drogues et non seulement sur une.

**M. White:** À votre avis, les efforts du gouvernement en matière d'éducation et de prévention devraient-ils surtout porter sur l'alcool et la marijuana?

**Dr Smart:** Je le pense, mais je pense que nous oublions également le tabac.

**M. White:** C'est évident.

**Dr Kalant:** Monsieur White, comme vous l'avez fait remarquer, nous avons dit que l'éducation devrait être la première responsabilité du gouvernement; cependant nous ne serions pas d'accord pour dire que ce devrait être le seul rôle que celui-ci a à jouer, car il y en a d'autres tout aussi importants.

Je vous donne un exemple. Il y a quelques années, dans un hôpital de recherches psychiatriques américain, un groupe qui oeuvrait dans le domaine de la recherche sur l'alcool depuis de nombreuses années a procédé à une expérience fort intéressante. L'expérience portait sur deux groupes de sujets, un groupe d'alcooliques et un groupe de buveurs mondains qui s'étaient portés volontaires pour participer pendant trois mois à



## [Text]

work to earn tokens with which they could buy things or save cash them in for a very substantial amount of money at the end of the study.

One of the things they could buy with the tokens was alcohol, and half of each group had a happy hour. So for three hours a day, they could buy drinks at half price. The alcoholics generally drank substantially more than the social drinkers, but within each group the happy-hour group drank nearly twice as much as the non-happy hour group.

Obviously, pricing is an important regulatory function that government can influence. Even though the extension of the hours of availability from 1 a.m. to 2 a.m. may not be a major factor, other aspects of ease of access, particularly with other drugs, may very well be an important thing to look at. So there are many different areas where government has a role to play and while education is a very important one, I certainly would not feel that it should be the only one.

• 1045

At the risk of being considered a biased witness, I would still say there is so much we do not know that research support should be one the government sees as a long-term commitment.

**Mr. White:** Thank you very much, gentlemen.

**The Chairman:** Thank you, Mr. White. May I have a couple of short supplementaries before a short second round?

Further to Ms Copps' question regarding the origin of the ARF and the fact you have a concept of being national but are not, do you feel we should have a national institute in Canada or not or should we be directing more federal funds, if it were possible, towards ARF?

**Ms Copps:** It is a clear conflict of interest.

**Dr. Kalant:** The definition of an institute is not an easy one. Many people who use the word "institute" think of a building or a physical place where you gather people and have them work on a particular subject. In universities, for example, institutes can be paper institutes in which different groups are co-operating in the study of a particular problem and have certain facilities made available to them so the groups can interact effectively.

I think a national institute would be highly desirable, both as a recognition on the part of the federal government of the importance of the subject and to facilitate the kinds of development that are required to produce effective prevention

## [Translation]

une expérience en vase clos. Ces personnes devaient travailler pour gagner des jetons avec lesquels celles-ci pouvaient acheter différentes choses ou épargner ceux-ci en contrepartie d'un montant important d'argent à la fin de l'étude.

Une des choses qu'elles pouvaient acheter avec ces jetons était de l'alcool et la moitié de chacun de ces groupes pouvait également bénéficier de l'heure de l'apéritif *happy hour*. Pendant trois heures chaque jour, elles pouvaient également s'acheter des boissons alcoolisées à moitié prix. Les alcooliques ont bu de façon générale beaucoup plus que les buveurs mondains, mais dans chaque groupe, le groupe qui pouvait se prévaloir de l'heure de l'apéritif a consommé deux fois plus d'alcool que l'autre partie de leur groupe qui ne pouvait pas bénéficier de cette heure.

Il est certain que, grâce à la réglementation par les prix, les gouvernements peuvent influencer de façon importante la situation. Même si la prolongation des heures de bar de 1 heure du matin à 2 heures du matin n'est peut-être pas un facteur important, d'autres aspects concernant cette facilité d'accès, particulièrement dans le cas des autres drogues, pourraient peut-être être importants et il faudrait certainement les étudier. Il y a donc de nombreux domaines différents où le gouvernement doit jouer un certain rôle et si son rôle en matière d'éducation est très important, je ne crois cependant pas qu'il devrait se limiter à cela.

Au risque d'être accusé de prêcher pour ma paroisse, il y a tellement de choses que l'on ne connaît pas dans ce domaine qu'il faudrait à mon avis que le gouvernement envisage l'appui à la recherche comme un de ses engagements à long terme.

**M. White:** Merci, messieurs.

**Le président:** Merci, monsieur White. Pourrais-je poser quelques brèves questions complémentaires avant de passer à un deuxième tour rapide?

Pour faire suite à la question de M<sup>me</sup> Copps concernant l'origine de la FRT et le fait que votre examen de toute cette situation porte sur tout le pays mais que vous n'êtes pas en fait un organisme national, croyez-vous que le Canada devrait instaurer un institut national ou qu'il devrait, si c'était possible, injecter davantage de fonds fédéraux dans votre fondation?

**Mme Copps:** Le conflit d'intérêt est évident.

**Dr Kalant:** La définition du mot institut n'est pas évidente. Pour beaucoup de gens, un institut représente des installations matérielles, un local où travaillent des personnes oeuvrant dans le même but. Dans les universités, un institut peut très bien regrouper différents chercheurs collaborant à l'étude d'un problème particulier et installés temporairement dans des locaux qui leur permettent une grande efficacité.

Il serait évidemment très souhaitable de mettre sur pied un institut national, ce qui témoignerait du fait que le gouvernement fédéral reconnaît l'importance de la question et désire promouvoir des moyens de traitement et de prévention



[Texte]

and treatment methods. But which type of institute it could be, whether it would be a building in Ottawa or whether it could be a federal mechanism for facilitating the activities of groups all over the country who have something to contribute to it, is a decision for the government to make. I think either one could be beneficial.

**The Chairman:** Further to Mr. Turner's earlier question on education, to what extent are you able to evaluate the effectiveness of educational programs, say, in our schools? There are continuing programs in the schools. Is there a process that is ongoing in attempting to evaluate how successful they are?

**Dr. Smart:** I do not know of any ongoing program to evaluate all or a large part of the alcohol and drug education that goes on in the schools. From time to time we do projects where we try to look at the effectiveness of a particular education program at a particular time. We would do before and after studies in control groups. But we do not have any mandate to study all alcohol education or all drug education in the schools.

**The Chairman:** Thank you very much. We are running short of time. We have perhaps 5 minutes or 10 at the most for some short supplementaries. Dr. McCurdy, one question.

**Mr. McCurdy:** I have two basic questions. One is related in a sense to the other.

First of all, just picking up on what you said earlier about cannabis use being a better predictor of cocaine use than alcohol use, in the public's mind, it has always been interpreted to mean there is something inherent in cannabis that induces people to go to harder drugs.

Once you have made a decision to purchase on an illicit market an illicit drug, is this not much more likely to be a far more significant contributor to this progression than other considerations implied in the statement?

**Dr. Kalant:** I think most researchers would agree with you. Pharmacologically there is nothing about cannabis we know of that intrinsically predisposes you to use another drug. Certainly buying an illicit drug and getting involved with people who sell and use illicit drugs increases your probability of going on to harder drugs.

**Mr. McCurdy:** Earlier you were talking about the extension of drinking hours in Ontario. I made reference to the problems that alcohol causes pharmacologically and socially and those that cannabis causes within the same context. You said the subjective hazards of cannabis use and alcohol use were essentially the same.

In terms of perceptions and in terms of hard evidence of harm caused by alcohol, we know it causes a number of serious physiological and pathological effects, including cirrhosis of the liver on and on. I read in the newspaper that people kill people when they drink alcohol; they become more aggressive when they drink alcohol and that is a very large component of the social impact of alcohol.

[Traduction]

adéquats. Quant au genre d'institut dont il devrait s'agir, s'il devrait s'agir d'un bureau à Ottawa ou tout simplement d'un mécanisme fédéral permettant de faciliter les activités de différents groupes oeuvrant en ce domaine et répartis dans différentes régions du Canada, je crois que c'est au gouvernement lui-même à prendre ce genre de décision. L'une ou l'autre possibilité serait intéressante.

**Le président:** Pour faire suite à la question posée précédemment par M. Turner concernant l'éducation, dans quelle mesure êtes-vous capables d'évaluer l'efficacité des programmes d'éducation dans nos écoles? Existe-t-il un mécanisme d'évaluation?

**Dr Smart:** Je ne suis au courant d'aucun programme permanent d'évaluation des programmes portant sur l'alcool et la drogue. De temps en temps, nous nous penchons sur l'efficacité d'un programme particulier en matière d'éducation, mais nous faisons cela de façon ponctuelle. Nous procédons à des études avec des groupes-témoins et nous étudions la situation avant et après. Cependant notre mandat n'est pas d'étudier toute la question des programmes d'éducation en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

**Le président:** Merci. Le temps commence à nous manquer. Il nous reste peut-être de cinq à dix minutes pour de brèves questions complémentaires. Monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** J'aimerais vous poser deux questions fondamentales et reliées entre elles.

Vous avez dit que le fait de fumer du cannabis permet mieux de prédire que l'on utilisera par la suite de la cocaïne que le fait de boire de l'alcool. Dans l'esprit du public, il y a quelque chose dans l'usage du cannabis qui fait qu'on aura recours par la suite aux drogues fortes.

Ne croyez-vous pas que le fait de décider d'acheter une drogue illicite contribue beaucoup plus à cette progression que toute autre considération?

**Dr Kalant:** La plupart des chercheurs seraient d'accord avec vous. D'un point de vue pharmacologique, rien dans le cannabis ne prédispose à l'utilisation d'une autre drogue. Le fait d'acheter une drogue illicite et d'entrer en contact avec les trafiquants augmente la probabilité du recours aux drogues fortes.

**M. McCurdy:** Précédemment vous avez parlé de la prolongation des heures d'ouverture des bars en Ontario. J'ai parlé des problèmes que cause l'alcool d'un point de vue physique et social et de ce que cause le cannabis. Vous avez dit que pour les personnes qui en consomment, le cannabis et l'alcool avaient essentiellement le même effet.

D'après ce que nous imaginons et d'après les faits également, le mal provoqué par l'alcool est sérieux puisqu'il peut causer différentes maladies y compris la cirrhose du foie, etc. Il suffit de lire les journaux pour se rendre compte que certaines personnes tuent après avoir consommé de l'alcool, qu'elles deviennent plus agressives et que tel est l'effet social de l'utilisation de l'alcool.

[Text]

[Translation]

• 1050

On the other hand with respect to cannabis, we read that cannabis causes some loss of ambition and it causes memory loss, although I cannot remember having read of somebody smoking a joint, killing somebody and forgetting that it ever happened. I have no perception, when I see people smoking joints at football games and baseball games, that they start fighting one another, but I do have the perception when I see people drinking three or four beers that they start fighting one another.

Having said that I am still left with some difficulty in the tolerance we have with all of the provisos alluded to with respect to alcohol, its social acceptability and so on.

Just one thing about social acceptability. If one looks at the trend use of marijuana over the last 30 or 40 years one notes, for example, that in Nova Scotia the frequency of use of cannabis is 43%. I have here a paper which refers to the prevalence of drug use among students across Canada and cites the use of cannabis in Nova Scotia in 1979 as 43.9%.

If you look at some of the tables you see a peaking of cannabis use at around 39 years old to 40 years old. If you look at the group from 40 down, it is difficult to argue that in many parts of the country—and indeed we had some assertions about Quebec that support this—cannabis is any less acceptable now than alcohol is.

I am not justifying cannabis; I am trying to pin down why we are so tolerant about alcohol. Why do we say they are going to extend the drinking hours but there are lots of things that are going to take care of that and because it is socially acceptable we are going to do it that way. Yet in my perception and the perception of many, alcohol is a much more dangerous drug socially.

**Dr. Smart:** Just one quick response. Many of us at the Addiction Research Foundation think we know how to reduce drinking and drinking problems, but the way to do that is not acceptable, either on the part of the public or politicians. We think that a very substantial increase in the price of alcoholic beverages—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Agreed.

**Dr. Smart:** —would have an enormous impact on drinking and drinking problems. We have very frequently said that to various kinds of politicians, but it is very hard to get acceptance for that point of view.

**Dr. Kalant:** I would like to comment on one or two aspects of what Dr. McCurdy has said.

Regarding the figure that you quoted about Nova Scotia, I think you have to be careful about that because it is a percentage, I believe, of "ever used"; it is a percentage of the group surveyed who acknowledged having used, but that is not the same as saying how much you use.

En ce qui concerne le cannabis, nous savons que celui-ci cause une certaine perte d'ambition, de même qu'une perte de mémoire, mais je ne me souviens cependant pas avoir lu nulle part que quelqu'un a tué quelqu'un d'autre et qu'il avait oublié tout ce qui s'était passé après avoir fumé un joint. Lorsque je vois des personnes qui fument de la mari à des matchs de football ou de baseball, je ne les vois pas commencer à se battre, ce qui n'est pas le cas pour les personnes qui boivent trois ou quatre bières.

Dans un tel contexte, je me demande donc pourquoi nous sommes tellement tolérants en ce qui concerne l'alcool, pourquoi celui-ci est tellement accepté socialement, etc.

Au sujet de cette acceptation sociale, si l'on regarde les tendances concernant l'utilisation de la marijuana au cours des quelque 30 ou 40 dernières années, on remarque par exemple qu'en Nouvelle-Écosse, la fréquence d'utilisation du cannabis est de 43 p. 100. J'ai une étude qui porte sur les degrés d'utilisation des différentes drogues chez les étudiants canadiens; d'après celle-ci, l'utilisation du cannabis en Nouvelle-Écosse en 1979 s'élèverait à 43.9 p. 100.

Si l'on jette un regard sur les tableaux, on remarque que c'est vers 39 ou 40 ans que l'utilisation du cannabis est la plus grande. Si l'on envisage le groupe des moins de 40 ans, il est difficile de défendre le fait que dans la plupart des régions du pays, le fait de fumer du cannabis soit moins acceptable à l'heure actuelle que le fait de boire de l'alcool. En fait, certaines déclarations au sujet du Québec appuient une telle conclusion.

Je ne suis pas en train de justifier l'usage du cannabis, je suis tout simplement en train d'essayer de voir la raison pour laquelle nous sommes tellement tolérants envers l'alcool. On va prolonger l'heure d'ouverture des bars, pour différentes raisons et parce que c'est socialement acceptable. Cependant, à mon avis et de l'avis de beaucoup, l'alcool est une drogue qui est beaucoup plus dangereuse socialement.

**Dr Smart:** Une réponse rapide. À la Fondation de recherche sur la toxicomanie, nous savons pour la plupart comment on pourrait réduire l'usage de l'alcool et les problèmes qui s'y rapportent. Cependant, cette façon de procéder n'est pas acceptable, n'est pas acceptable par le public ni par les politiciens. Nous croyons qu'une augmentation très importante dans le prix des boissons alcoolisées...

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord.

**Dr Smart:** ... aurait un effet très important sur l'alcoolisme et les problèmes qui s'y rapportent. Nous l'avons d'ailleurs dit très souvent à toutes sortes de politiciens, mais il est très difficile de faire accepter ce point de vue.

**Dr Kalant:** J'aimerais faire des commentaires sur une ou deux choses qu'a dites M. McCurdy.

Concernant les chiffres de cette étude sur la Nouvelle-Écosse, il faut faire attention. En effet, on demande le pourcentage de personnes ayant jamais utilisé des drogues. En fait cela ne donne pas une idée du degré d'utilisation.



[Texte]

If you look at the average user of alcohol, the average member of that group is more likely to be using much more alcohol than to be using cannabis. So that is only the percentage who have used, but it is not an indication of the percentage of regular users.

The second thing is in terms of the hazards that are produced. The appearance of hazard depends in part on the number of people you survey. We have a tremendous amount of knowledge about alcohol gained from the observation of millions of people over many, many years.

Our reliable observations on cannabis, however, are obtained from a much smaller number of people for a much shorter time. Many problems are infrequent problems, where you may have to look at 1,000 people to find one case. So obviously the number of such serious complications that you encounter will be a function of the frequency of use at high levels in the population. I think until we have comparability of figures we should not conclude that cannabis is a lot safer than alcohol.

**Mr. McCurdy:** That was not my suggestion.

**Dr. Kalant:** No. Right. Given that proviso I certainly would agree with you that given the present figures of use, alcohol poses in total a substantially larger problem.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Kalant. Mr. Turner, a short question and then Ms Cops.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Two short questions. No speech, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Keep them short.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Tobacco. Should we be putting it in the Hazardous Products Act? The first question: yes or no, please.

• 1055

Do you want the second question?

**Dr. Kalant:** We are still mulling over the answer to the first one. May I ask you for a clarification of your question? What are you thinking of, that it should be put . . . ?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Banned.

**Dr. Kalant:** On the same basis as—what would you compare it with?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I thought I was supposed to ask the questions.

**Dr. Kalant:** But in order to be able to answer you . . .

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I think we know it is a serious problem to health; we are focusing on that now in the House. We have a debate going in the Chamber on a Private

[Traduction]

Les personnes qui utilisent régulièrement de l'alcool, utiliseront sans doute beaucoup plus d'alcool que de cannabis. Nous avons uniquement recensé le pourcentage des personnes qui ont utilisé des drogues, mais non le pourcentage des utilisateurs réguliers.

Deuxièmement, l'autre question portait sur les dangers. L'apparence de danger dépend en partie du nombre de personnes auprès desquelles on fait enquête. Nous possédons une très grande quantité d'informations concernant l'alcool, renseignements qui ont été accumulés au cours de très nombreuses années.

Dans le cas du cannabis, les observations auxquelles on peut se fier proviennent d'un nombre beaucoup moins nombreux de personnes au cours d'une période beaucoup plus courte. La plupart des problèmes sont des problèmes qui se posent de façon peu fréquente et l'on doit peut-être étudier 1,000 personnes pour trouver un seul cas. Par conséquent, le nombre de complications importantes est fonction de la fréquence d'utilisation pour un nombre important d'habitants. Avant d'avoir des chiffres comparables, nous ne devrions pas conclure que le cannabis présente de beaucoup moins grands dangers que l'alcool.

**M. McCurdy:** Ce n'est pas cela que j'ai voulu dire.

**Dr. Kalant:** Non. Bien. Mis à part cette mise en garde, je suis certainement d'accord avec vous pour dire qu'étant donné les chiffres actuels, l'alcool représente de façon globale un problème beaucoup plus important.

**Le président:** Merci, monsieur Kalant. Monsieur Turner, une brève question, après quoi nous passerons à M<sup>me</sup> Cops.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Deux brèves questions. Je ne ferai certainement pas de discours, monsieur le président.

**Le président:** Soyez bref.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Parlons du tabac. Celui-ci devrait-il relever de la Loi sur les produits dangereux? Ma première question, oui ou non.

Voulez-vous que je vous pose également la seconde question?

**Dr. Kalant:** Nous sommes encore en train de réfléchir à la réponse à la première. Pourrais-je vous demander certaines précisions? Qu'envisagez-vous, que l'on considère . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Que l'on en empêche l'utilisation.

**Dr. Kalant:** En nous fondant sur quoi? Avec quoi voulez-vous établir une comparaison?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je pensais que c'était moi qui devais poser les questions.

**Dr. Kalant:** Cependant afin de pouvoir vous répondre . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Nous savons que l'usage du tabac présente un problème sérieux pour la santé et nous nous penchons sur cette question à l'heure actuelle à la Chambre. Un débat a lieu à l'heure actuelle sur un projet de loi d'initia-



[Text]

Member's Bill. Do you think it is a hazardous product, and if so, should we put it under the act?

**Dr. Kalant:** Well, undoubtedly it is a hazardous product. But then your question could equally well have been, should alcohol be put under that, too?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes, it could, but . . .

**Dr. Kalant:** I think if you are going to put one drug, one socially accepted drug, under the Hazardous Products Act you should logically put all of them under it, in which case the Hazardous Products Act would lose its specific orientation.

If you would then want to broaden it to say that everything which poses a hazard to health, whether legal or illegal, should be put under legal control, you would have an unmanageable problem, I think.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Last quick question—on the shops; I do not remember the name of the shops that sell all this garbage.

**Dr. Kalant:** The head shops?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Head shops? How could I forget such a name? Should we make them illegal?

**Dr. Kalant:** The objects they sell are all legal objects. What they do is contribute to a certain glamorization, particularly in a particular age group, young people . . . the glamorization of the drugs with which those objects are associated and used.

The trouble is that if you ban those, you really should also ban movies and books and magazines that similarly contribute to glamorization. And then you might be in the rather difficult problem that you would have to ban *The New York Times* Sunday edition, because a few years ago when they first reported on cocaine, or the revival of cocaine use, they very definitely glamorized it. And they probably contributed to the chic that was attached to its use among well-to-do young business people and professionals in New York.

So where you limit the control really becomes a matter of almost personal conviction, rather than any scientific evidence.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** Ms Copps, a short one.

**Ms Copps:** Yes, well, I still do not think that we have struck even the right questions.

I got the impression from the brief you presented that in every area, with the exception of cocaine, illicit drug use is on the downturn. And you make some comments about how the legal system . . . the attitude toward it is changing somewhat.

If you followed Mr. Turner's logic to be extreme, and that is to make illegal everything that is in any way going to contrib-

[Translation]

tive privée. Croyez-vous qu'il s'agisse en effet d'un produit dangereux, et si tel est le cas ne devrait-il pas relever de la loi?

**Dr. Kalant:** Il ne fait aucun doute, il s'agit bien d'un produit dangereux. Cependant vous auriez tout aussi bien pu poser la question suivante: l'alcool ne devrait-il pas également être considéré comme un produit dangereux?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, mais . . .

**Dr. Kalant:** Si une drogue acceptée par la société relève de la Loi sur les produits dangereux, il faudrait que toutes les autres drogues de ce genre en relèvent également. Si tel était le cas, la loi perdrait son orientation spécifique.

Si vous voulez élargir la portée de la loi et dire que toute drogue, légale et illégale, qui représente un danger pour la santé doit faire l'objet d'un contrôle, vous vous trouvez dans une situation très difficile.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Une dernière question au sujet des magasins où l'on vend tout l'attirail du parfait petit drogué—je ne me rappelle pas le nom exact que l'on a donné à ces magasins.

**Dr. Kalant:** On les appelle des *head shops*.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est bien cela, comment pouvais-je oublier un tel nom. L'existence de ceux-ci ne devrait-elle pas être considérée comme illégale?

**Dr. Kalant:** Tout l'attirail qu'on y vend est légal. Ce qui se passe, c'est que ces magasins contribuent à donner un certain attrait au monde de la drogue, en tout cas pour les clients d'un certain groupe d'âge.

Le problème, c'est que si l'on met ces magasins hors la loi, il faudra faire de même avec les films, les livres, les magazines, qui contribuent également à donner un certain attrait à toutes ces choses. On se trouvera devant certains problèmes difficiles, en effet, ne devrait-on pas également interdire l'édition du dimanche du *New York Times*, qui, il y a quelques années, lors de la publication d'un article sur la cocaïne et sur la recrudescence de son usage avait décrit toute cette question sous un angle particulièrement alléchant. C'est cet article qui a sans doute contribué à rendre particulièrement attrayant l'utilisation de cette drogue chez les jeunes hommes d'affaires professionnels bien nantis de New York.

Ainsi donc, ce serait plutôt en raison d'une conviction personnelle que d'une preuve scientifique que l'on en arrive à établir une limite.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** Madame Copps, une brève question.

**Mme Copps:** Je ne crois pas que nous ayons même une idée des bonnes questions à poser.

D'après votre mémoire, j'ai l'impression que dans tous les cas sauf peut-être celui de la cocaïne, l'usage illicite des drogues a diminué. Vous avez fait certains commentaires sur la façon dont le système judiciaire . . . L'attitude semble avoir quelque peu changé en ce domaine.

Si l'on voulait pousser l'argument de M. Turner à l'extrême, c'est-à-dire si l'on décidait que tout ce qui contribue à l'usage

[Texte]

ute or be involved with the use of drugs, then it is sort of cancelled out by your suggestion that nowadays, in most areas, illicit drug use is down except in the area of cocaine, even though we are starting to take a more liberal legal attitude toward it.

I guess my question would be, what role do you think the whole move toward lifestyle changes . . . ? You mention that we are sort of on this health kick, etc . . . has contributed, as opposed to legal measures. The reduction in the use of illicit drugs . . . is there also not a reduction overall in the consumption of alcohol? That is part and parcel of this whole movement, and how is that movement coming about?

**Dr. Smart:** Well, we have studied the reduction in alcohol use, and it is related to healthier lifestyles. People are eating differently. They are eating less beef and more chicken; they are eating more vegetables. We know people are exercising more. We know that people are reducing their alcohol consumption very slightly—not a huge amount. Certainly the evidence is that there is probably a lifestyle change that is important.

I think there is also some evidence that some of the changes in alcohol consumption may have to do with unemployment, and with changes in the age structure in the population. Where you have an ageing population, you have fewer heavy drinkers. As people move into their sixties, usually they reduce their drinking, and we are getting an aging population to some extent.

• 1100

**Dr. Kalant:** Just one further comment about the same question. I agree fully with what Dr. Smart has said, but there are also interesting statistics indicating that totally independently of legislation, of economic factors or other things, there is in the case of alcohol, at least, a very broad cyclic pattern of rise and fall of use over a long periods of time which no one has yet been able to explain.

A sort of historical spirit of the times—no pun intended on the spirit—but some influence in attitudes and social attitudes that change the level of acceptance cyclically so that the use goes up and then goes down and goes up again. This still needs a clear explanation.

**Ms Coppes:** Would something like when the federal government embarked on this huge program on "Participation", which spanned several years—and I do not know what the budget was; I have no idea—does that have any effect? Would that have had any positive effect in terms of how people view our lifestyles? Do you remember the "Participation" thing? At one point, we were being bombarded with television ads constantly—get fit, do this, do that.

**Dr. Smart:** I would probably say it is part of a general trend towards trying to interest people in healthier lifestyles. I do not think we have any evidence that the "Participation" program contributed to less drinking or drug use, but one could see it as part of a whole change in the ethos.

[Traduction]

de la drogue doit être déclaré illégal, est-ce que cela n'irait pas à l'encontre de ce que vous dites aujourd'hui, à savoir qu'à l'exception de la cocaïne l'usage de drogues illégales est en train de diminuer même si l'attitude des tribunaux est plus libérale à l'heure actuelle qu'auparavant.

En fait je suppose que ce que je veux dire, c'est ceci: les changements qui ont eu lieu dans le style de vie ont-ils joué un rôle dans cette diminution, par opposition aux changements d'attitude des instances judiciaires? N'assiste-t-on pas également à une réduction générale de la consommation d'alcool? Est-ce que cela ne fait partie intégrante de ce changement fondamental du style de vie? Quelle est l'évolution en la matière?

**Dr Smart:** Nous avons étudié cette diminution de la consommation d'alcool. Elle est liée à un mode de vie plus naturel, à des changements dans les habitudes alimentaires; en effet la population semble manger moins de boeuf et plus de poulet, plus de légumes, on semble faire davantage d'exercices physiques maintenant. Il y a une réduction de la consommation d'alcool, mais une réduction très faible, d'après ce que l'on peut remarquer, des changements dans le style de vie ont sans doute une importance.

De plus, il semble que les changements dans la consommation d'alcool soient liés à la question du chômage et aux changements intervenus dans la structure d'âge de la population. Quand la population vieillit, il y a moins de gros buveurs. En s'approchant de la soixantaine, les gens ont tendance à réduire leur consommation, phénomène qu'on constate actuellement.

**Dr Kalant:** Un autre commentaire au sujet de la même question. Je suis tout à fait d'accord avec M. Smart, cependant certaines statistiques intéressantes démontrent qu'indépendamment des facteurs économiques, législatifs et autres, il faut tenir compte d'un certain facteur cyclique d'augmentation et de diminution de la consommation sur de longues périodes, facteurs que personne n'a encore pu expliquer.

En effet, de façon cyclique, les attitudes et les changements sociaux influent sur la consommation qui augmente ou qui descend tour à tour. Nous n'avons pas encore d'explication claire de ce phénomène.

**Mme Coppes:** L'important programme fédéral «Participation», qui a duré plusieurs années—et je n'ai aucune idée de ce qu'a été son budget—a-t-il eu des répercussions? A-t-il exercé une influence positive sur la façon de vivre des gens? Vous rappelez-vous «Participation»? À une certaine époque, on était bombardé de messages publicitaires à la télévision.

**Dr Smart:** Je dirais que cela s'intègre à la tendance générale qui encourage les gens à adopter un mode de vie plus sain. Je ne pense pas que l'on ait démontré des liens directs entre le programme «Participation» et la baisse de consommation

[Text]

**The Chairman:** May I, on behalf of the committee, thank both Dr. Kalant and Dr. Smart for being with us today from the Addiction Research Foundation. We anticipate having some of your colleagues here at a later date and we do appreciate your generous time today and the testimony you have given us.

Just to the members of the committee, we are dire need of an in camera meeting either Monday evening at our regular session—when we have witnesses from the department—either that evening or first thing Tuesday morning at 9 a.m., if we cannot get a quorum for Monday night.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

d'alcool ou de drogues, mais l'on pourrait dire que cela reflète un changement général de mentalité.

**Le président:** Au nom du comité, je voudrais remercier MM. Kalant et Smart d'être venus aujourd'hui de la Fondation de recherche sur la toxicomanie. Nous prévoyons d'entendre certains de vos collègues à une date ultérieure et nous vous sommes reconnaissants d'avoir pris le temps de nous parler aujourd'hui.

Je rappelle aux membres du comité qu'une réunion à huis clos sera impérative, lundi soir, lors de notre séance régulière; nous entendrons alors des témoins du ministère, ou bien tôt mardi matin à 9 heures, si nous ne parvenons pas à obtenir le quorum lundi soir.

La séance est levée jusqu'à nouvel ordre.













If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

Thursday, March 5, 1987:

*From the University of Toronto:*

Dr. H. Kalant, Department of Pharmacology, Faculty of  
Medecine.

*From the Addiction Research Foundation:*

Dr. R.G. Smart, Director, Prevention Studies.

#### TÉMOINS

Le jeudi 5 mars 1987:

*De l'Université de Toronto:*

D<sup>r</sup> H. Kalant, Département de pharmacologie, Faculté de  
médecine.

*De la Addiction Research Foundation:*

D<sup>r</sup> R.G. Smart, directeur, Études de la prévention.

Document  
1987

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 9

Monday, March 9, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 9

Le lundi 9 mars 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent*

# National Health and Welfare

# Santé nationale et Bien-être social

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse

CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'abus des drogues

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:*

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:*

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, MARCH 9, 1987  
(14)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:08 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member Present:* Margaret Mitchell for Howard McCurdy.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Department of National Health and Welfare:* Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch; Lavada Pinder, Acting Director General, Health Promotion Branch; Dr. Irving Rootman, Acting Director, Program Resources Division, Health Promotion Branch; Ron Dykeman, Policy Analyst, Health Protection Branch.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Dr. Peter Glynn made an opening statement and with the other witnesses, answered questions.

Mr. Ronald Dykeman made an opening statement and answered questions.

At 9:10 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 9 MARS 1987  
(14)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 08, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* Margaret Mitchell remplace Howard McCurdy.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* Docteur Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Services de la santé et promotion de la santé; Lavada Pinder, directeur général intérimaire, Promotion de la santé; docteur Irving Rootman, directeur intérimaire, Division des ressources des programmes, Promotion de la santé; Ron Dykeman, analyste de politiques, Protection de la santé.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité étudie son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social concernant l'étude de l'usage abusif des drogues.

D<sup>r</sup> Peter Glynn fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

M. Ronald Dykeman fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 21 h 10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Monday, March 9, 1987

• 1908

**The Chairman:** The Chair sees a quorum of four. The orders of the day are a reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

We have today Dr. Peter Glynn, assistant deputy minister responsible for Health Services and Promotion Branch. Dr. Glynn has two colleagues with him; perhaps he would introduce them to us, if you would, Dr. Glynn.

**Dr. Peter Glynn (Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch, Department of National Health and Welfare):** Thank you, Mr. Chairman. For the information of the committee, I have with me Mrs. Leveta Pinder. Mrs. Pinder is the acting director general of the Health Promotion Directorate in our branch. Dr. Irving Rootman is the acting director of the Program Resources Division in the Health Promotion Directorate.

**The Chairman:** Thank you very much. I believe you have come with a presentation, and you have given us a copy of it. Would you like to lead off by summarizing and introducing some of the highlights of your presentation?

**Dr. Glynn:** Yes, Mr. Chairman, thank you.

**The Chairman:** We would be glad to have you do so. This will be followed by some questions by the committee.

**Dr. Glynn:** Today we wanted to give the committee an overview of the knowledge and activities of the Health Services and Promotion Branch of Health and Welfare Canada. To do it we have put together a short paper, and we have distributed copies to the committee members.

• 1910

I guess the first thing to say is that the use and abuse of drugs is a serious social and health problem affecting the lives of many Canadians. In addition to affecting the lives of many Canadians, it is a problem that is complex and multifaceted. The branch I am in charge of has been involved with this issue for the past eight years. Today we want to talk about the dimensions of the problem, what we know through surveys of public concern about drug issues, the organizational context in Canada in which our programs are delivered, our approach to programming, and some of the things we are doing in the drug field.

One of the things, Mr. Chairman, I will do is talk about illicit drugs, alcohol, and licit drugs. Our view is that the issues to be addressed are so complex and multifaceted that one must deal with all substances causing mood modification. If one deals solely with the illicit drug issue, one misses the complexity of the problem.

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le lundi 9 mars 1987

**Le président:** Je vois que nous avons le quorum; nous sommes quatre. Notre ordre de renvoi d'aujourd'hui est conforme à l'article 96(2) du Règlement et porte sur le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de la toxicomanie.

Aujourd'hui, nous accueillons M. Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé. M. Glynn est accompagné de deux collègues que je le prierais de nous présenter. Monsieur Glynn.

**Dr Peter Glynn (sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Merci, monsieur le président. J'aimerais vous présenter M<sup>me</sup> Leveta Pinder, directrice générale intérimaire de la Direction générale de la promotion de la santé, ainsi que M. Irving Rootman, directeur intérimaire de la Division des ressources des programmes, également du même service.

**Le président:** Merci beaucoup. Vous avez un mémoire, je crois, dont vous nous avez remis copie. Je vous demanderais de nous en faire un résumé et de nous en présenter les grandes lignes.

**Dr Glynn:** Oui, monsieur le président, merci.

**Le président:** Votre exposé sera suivi de questions de la part des membres du Comité.

**Dr Glynn:** Aujourd'hui, nous entendons vous donner un aperçu général de ce qui se fait à la Direction générale des services et de la promotion de la santé du ministère de la Santé et du Bien-être. À cet effet, nous avons mis au point un bref exposé dont les membres du Comité ont reçu copie.

Pour commencer, je dois dire que l'usage et l'abus des drogues constituent un grave problème social et de santé qui touche beaucoup de Canadiens. Je dois ajouter que c'est un problème complexe. Le service que je dirige s'intéresse à la question depuis huit ans. Aujourd'hui, nous entendons parler de l'ampleur du problème, des préoccupations du public à l'égard des drogues, du contexte organisationnel au Canada à l'intérieur duquel nos programmes sont mis en oeuvre, de notre approche à l'égard des programmes en cours et de certains de nos programmes dans le domaine.

Je vous parlerai, monsieur le président, entre autres choses, de drogues illicites et licites, et d'alcool. Le problème est tellement complexe qu'il faut absolument discuter de toutes les substances qui modifient l'attitude ou l'humeur des gens. Ne discuter que de la question des drogues illicites c'est oublier la complexité du problème.

*[Texte]*

One of the things that is quite clear is that we do not know as much as we would like to know about the use of illicit drugs in Canada. I think it is understandable. While it is relatively easy to do surveys on health attitudes and activities of Canadians, people who use illicit drugs are somewhat reluctant to tell even confidential surveyors exactly what they are doing.

So I guess we would say these numbers are at best a minimum. What we know about the minimum is that more than one million Canadians used marijuana or hashish in 1985, more than 22,000 were convicted of cannabis offences, more than 4,000 of those received jail sentences and, most importantly, most of them were young; 48% of the users and 61% of convictions were to those under age 25.

The other piece of evidence we have is that cannabis users are more likely than non-users to report experiencing a variety of health and social problems, such as injuries due to accidents or violence, tension with family or friends, or trouble with school work.

Surveys seem to suggest a recent stabilization of the cannabis use among young people. But at the level at which it has stabilized, it is clearly a serious consequence for many young Canadians and their families.

The same is true for cocaine. Over 150,000 Canadians used cocaine in 1985, over 2,000 received convictions for cocaine offences, and about 900 received jail terms; once again, the majority were young.

In contrast to those for cannabis, both surveys and conviction statistics suggest a recent increase in cocaine use. For instance, convictions increased more than threefold from 1980 to 1985. In addition, there has been no decrease in the frequency of drug use by users and there has been an increase in the multiple use of illicit drugs by adolescent drug users.

There is easy availability of cannabis and other illicit drugs, and there are higher per capita seizures of cannabis, cocaine, stimulants and hallucinogens than in most European countries in 1980, which is the latest date for which we have comparable statistics.

Another thing of concern is the increased potency of available cannabis and also the increasing use of cannabis by females. We are now at 50-50 use between males and females between the ages of 15 and 24 years.

We have particularly high rates of illicit drug use in certain parts of the country, especially British Columbia and the Northwest Territories. Finally, it has been estimated that over 20,000 Canadians used heroin in 1985.

*[Traduction]*

Chose certaine, c'est que nous n'avons pas toute l'information que nous souhaiterions sur l'usage des drogues illicites au Canada. Cela est compréhensible, parce que même s'il est relativement aisé d'effectuer des études sur les attitudes et les activités des Canadiens relativement à la santé, les gens qui utilisent des drogues illicites hésitent à déclarer même à des enquêteurs confidentiels exactement ce qu'ils font.

Les chiffres que nous vous présenterons sont donc au mieux un minimum. Nous savons notamment que plus d'un million de Canadiens ont fait usage de marijuana ou de hachisch en 1985, que plus de 22,000 personnes ont été reconnues coupables d'infractions liées au cannabis, que plus de 4,000 d'entre elles ont été condamnées à une peine d'emprisonnement et, ce qui est encore plus important, que la plupart d'entre elles étaient jeunes; 48 p. 100 des usagers et 61 p. 100 des personnes condamnées avaient moins de 25 ans.

De plus, les résultats d'autres enquêtes indiquent que les personnes qui font usage de cannabis déclarent plus souvent que les non-consommateurs être aux prises avec une variété de problèmes sociaux et de santé, tels que des blessures dues à des accidents ou à des actes violents, des tensions dans les familles ou dans les rapports avec les amis, ou encore des problèmes à l'école.

Les enquêtes indiquent une stabilisation récente de l'usage du cannabis chez les jeunes. Malgré cela, il appert clairement que l'usage de cette drogue au niveau auquel il s'est stabilisé entraîne de graves conséquences pour de nombreux jeunes Canadiens et leurs familles.

La même remarque s'applique à la cocaïne. Plus de 150,000 Canadiens ont fait usage de cocaïne en 1985, plus de 2,000 ont été reconnus coupables d'infractions liées à la cocaïne, et près de 900 d'entre eux ont été condamnés à une peine d'emprisonnement. Là encore, la majorité des contrevenants étaient des jeunes.

Contrairement à ce qui a été observé dans le cas du cannabis, les enquêtes et les statistiques des condamnations révèlent que l'usage de la cocaïne a augmenté récemment. Par exemple, le nombre de condamnations a plus que triplé entre 1980 et 1985. En outre, on n'a noté aucune diminution récente de la fréquence de l'usage des drogues et on a constaté une augmentation de la polyintoxication chez les adolescents faisant usage de drogues illicites.

Il est facile de se procurer du cannabis et d'autres drogues illicites, et il y a eu au Canada plus de saisies par habitant de cannabis, de cocaïne, de stimulants et d'hallucinogènes que dans la plupart des pays européens en 1980, dernière année pour laquelle nous avons des statistiques comparées.

Un autre objet de préoccupation est qu'aujourd'hui, le cannabis est plus puissant et qu'il y a plus de femmes qui en font usage. Il y a maintenant autant d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans qui consomment du cannabis.

Dans certaines régions du pays, spécialement en Colombie-Britannique et dans les Territoires du Nord-Ouest, les taux de consommation de drogues illicites sont particulièrement élevés. Enfin, on estime que plus de 20,000 Canadiens ont fait usage d'héroïne en 1985.



## [Text]

Going on to alcohol use, our point is that the use of illicit drugs is compounded by the continuing high levels of use of alcohol by Canadians. More than 80% of Canadians used alcohol in the past year; that is, 1985. More than 10% of these had had more than 14 drinks in the past week when the survey was done in 1985. That is certainly a level considered hazardous to one's health. What becomes more worrisome, however, is that 128,000 persons aged 15 to 19 reported drinking that much in one week.

• 1915

There is considerable evidence to show that those who use alcohol are more likely to use illicit drugs. For instance, in a 1986 survey 16% of those aged 12 to 29 reported that they had used alcohol in the past month, and also reported the use of marijuana, compared to 1% of non-alcohol users.

The third point is on licit drugs. Here we are talking mainly about tranquilizers and sleeping pills. More than one million people—1.3 to be exact—used tranquilizers and almost 2 million used sleeping pills in 1985. While we cannot say for sure that this is an unacceptably high level of use, it is clear that certain groups are particularly prone to their use; e.g., older adults, women, francophones, those who are retired and those who are keeping house, suggesting that some groups of people are using them more than they should and perhaps for the wrong reasons.

This suggestion receives some support from the fact that almost 2,000 poisonings involving minor tranquilizers, sedatives and hypnotics were reported to poison control centres in 1984. Adding to this concern is the observation that among adult Canadians the proportion using tranquilizers and sleeping pills appears to have increased from 1978 to 1985.

Mr. Chairman, we will now discuss what we know from our surveys of public perceptions and public concern about the drug issue. Seventy-five percent of Canadians believe drug use is a serious problem, 74% of Canadians feel it is important for the government to take action on the drug problem, and 87% of Canadians aged 15 to 24 believe that drug use is a serious problem among young people today. Alcoholism is seen by 40% of Canadian teenagers as a severe problem.

Young people are concerned about the harmful effects of drug use. It is a growing concern among parents as evidenced by the number of parent groups forming. We know that young people do not possess adequate knowledge about the harmful social and health effects of drug use, and also the parents do not possess the necessary knowledge about the prevalence of use, harmful effects, and information on how to talk to their kids about drugs.

## [Translation]

Le problème de la consommation de drogues illicites est d'autant plus grave qu'on continue de relever des taux élevés de consommation d'alcool chez les Canadiens. L'année dernière, en 1985, plus de 80 p. 100 des Canadiens ont consommé de l'alcool. Plus de 10 p. 100 d'entre eux ont pris plus de 14 consommations au cours de la semaine qui a précédé l'enquête. C'est un niveau de consommation qui comporte certainement des risques pour la santé. Fait plus inquiétant encore, c'est qu'environ 128,000 personnes parmi les 15 à 19 ans ont déclaré boire autant au cours d'une semaine.

Beaucoup de données indiquent que les personnes qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles que les autres de faire usage de drogues illicites. Ainsi, dans l'enquête menée en 1986, 16 p. 100 des 12 à 29 ans qui déclaraient avoir consommé de l'alcool au cours du mois écoulé déclaraient aussi avoir fait usage de marijuana, alors que ce taux était de 1 p. 100 chez les répondants qui ne consommaient pas d'alcool.

J'aborde maintenant le troisième point: les drogues licites. Ici, nous parlons principalement de tranquillisants et de somnifères. En 1985, plus d'un million de Canadiens—1,3 million pour être exact—ont pris des tranquillisants, et près de 2 millions ont pris des somnifères. Même si on ne sait pas au juste si ces chiffres représentent des taux de consommation excessifs, il est clair que certains groupes sont particulièrement enclins à faire usage de ces médicaments, notamment les personnes âgées, les femmes, les francophones, les retraités et les personnes qui restent à la maison. Cela laisse croire que certains groupes de personnes consomment davantage de ces substances qu'elles ne le devraient et pour les mauvaises raisons sans doute.

Le fait que près de 2,000 cas d'empoisonnement par des tranquillisants mineurs, des sédatifs et des hypnotiques ont été signalés aux centres anti-poison en 1984 semble corroborer ce que je viens de dire. Qui plus est, il semble que la proportion des jeunes adultes qui consomment des tranquillisants et des somnifères a augmenté entre 1978 et 1985.

Monsieur le président, j'aimerais maintenant vous parler de ce que nous ont appris nos enquêtes sur les perceptions et les attitudes du public à l'égard de la drogue. Soixante-quinze p. 100 des Canadiens croient que l'usage des drogues est un problème grave. Soixante-quatorze p. 100 de la population estiment qu'il est important que le gouvernement prenne des mesures pour régler le problème de la drogue, et 87 p. 100 des Canadiens âgés de 15 à 24 ans croient que l'usage des drogues aujourd'hui est un problème sérieux chez les jeunes. L'alcoolisme est vu comme un problème grave par 40 p. 100 des adolescents canadiens.

Les jeunes sont préoccupés par les effets délétères de l'usage des drogues. Ce problème inquiète de plus en plus les parents, comme en témoigne le nombre de groupes de parents qui s'établissent. Nous savons que les jeunes ne sont pas bien renseignés en ce qui concerne les conséquences sociales de l'usage de drogues ou des dangers qu'elles présentent pour la santé. En outre, les parents ne sont pas suffisamment bien renseignés sur les taux de consommation de drogues, les effets

[Texte]

It is important to remember especially that each province and territory has an organization, and in most of those there are agencies, commissions, foundations that deal with drug use and alcohol use, the treatment, rehabilitation, and prevention of their use on a day-to-day basis. The Health Services and Promotion Branch tries to provide program direction, program planning, policy development and direct program delivery as support services in an effort to encourage and support a drug-free lifestyle among Canadians.

In addition to these governmental organizations, there is a growing constituency of non-governmental organizations that are forming at the community level. Parents Against Drug Abuse, Parents Resource Institute for Drug Education, Pharmacists Against Drug Abuse, Mothers Against Drug Abuse, Mothers Against Drunk Drivers, and Student Against Drunk Drivers are only a few.

For some period of time we have been taking what we call a balanced approach to reducing the negative health and social consequences associated with drug use. One is the supply reduction side, which includes measures taken to reduce the availability of drugs through legal controls and law enforcement. I believe your next witness, Mr. Chairman, Mr. Ron Dykeman, from our Health Protection Branch, will be speaking particularly about that side of the issue. The other is demand reduction, which includes measures taken to reduce the social acceptance and interest in drugs through education, treatment, and rehabilitation. It is the demand reduction side that we are primarily involved in.

• 1920

Some of the key strategies that guide our work include informing and equipping the public to deal with lifestyle issues, including the production of information and educational materials; the promotion of a social environment supportive of a healthy lifestyle, including advertising and promotion of healthy choices, as well as discouraging commercial advertising that may encourage unhealthy choices; encouraging self-help and citizen participation in health promotion, which involves the contribution of funding to community, regional, and national groups; and stimulating the adoption of health promotion policies and practices by health education, welfare, and other related groups.

Research and experience have shown in Canada that scare tactics and programs that dwell solely on the harmful effects

[Traduction]

délétères de ces substances et la façon d'aborder la question avec leurs enfants.

Il est important de se rappeler surtout que chaque province et territoire est doté d'une organisation, et la plupart du temps, de services, de commissions ou de fondations traitant de la consommation de drogues et d'alcool dont les activités sont axées sur le traitement, la réadaptation ou la prévention au jour le jour. La Direction générale des services et de la promotion de la santé offre des services de soutien axés sur l'orientation et la planification de programmes, la mise au point de lignes de conduite et la mise en oeuvre de programmes, en vue d'encourager et d'aider les Canadiens à renoncer à faire usage de drogues.

Il y a en outre de plus en plus d'organismes communautaires non gouvernementaux qui voient le jour. Parmi ceux-ci, je mentionnerais *Parents Against Drug Abuse*, *Parents Resources Institute for Drug Education*, *Pharmacists Against Drug Abuse*, *Mothers Against Drug Abuse*, *Mothers Against Drunk Drivers* et *Students Against Drunk Drivers* pour n'en nommer que quelques-uns.

Depuis quelque temps, nos efforts visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage des drogues sur la santé et la société ont été axés sur une approche équilibrée comportant deux volets. Le premier concerne la réduction de l'offre, notamment par l'adoption de mesures en vue de réduire l'accessibilité des drogues par la réglementation et la mise en application de la loi. Je pense que votre prochain témoin, monsieur le président, M. Ron Dykeman de la Direction générale de la protection de la santé, vous parlera plus longuement de cet aspect de la question. Le second volet concerne la diminution de la demande, notamment par l'adoption de mesures visant à faire en sorte que l'usage des drogues suscite moins d'intérêt et soit moins admis par la société, et ce, par l'éducation, le traitement et la réadaptation. C'est surtout le volet «diminution de la demande» qui nous intéresse au premier chef.

Au nombre des grandes stratégies auxquelles nous faisons appel, mentionnons que nous nous efforçons d'informer la population afin qu'elle soit bien armée pour faire face aux questions liées aux habitudes de vie, notamment par la production de matériel éducatif et de documents d'information; de promouvoir un climat social favorable à l'adoption d'un mode de vie sain, notamment en faisant connaître, au moyen de la publicité et des programmes de promotion, les choix judicieux en santé et en décourageant la publicité commerciale susceptible d'inciter les gens à des habitudes malsaines; d'encourager l'initiative personnelle et la participation des citoyens dans le cadre de programmes de la promotion de la santé, notamment en octroyant des crédits aux groupes communautaires, régionaux et nationaux; de favoriser l'adoption de politiques et de pratiques de promotion de la santé par des groupes qui s'intéressent à la santé, à l'éducation, aux services sociaux et à d'autres questions connexes.

La recherche et l'expérience au Canada l'ont clairement montré: les programmes et les tactiques alarmistes qui mettent



*[Text]*

of substance abuse have at best a transitory effect. At worse, they stimulate interest in the behaviour. Drug abuse is a social behaviour, embedded in the larger framework of community norms and social support systems. To prevent drug abuse, we must concentrate on changing the social environment that supports these behaviours.

An important feature of the Health Services and Promotion Branch approach is its non-punitive, positive approach to creating environments that support the healthy choice. This positive approach is clearly reflected in the current alcohol and drug initiatives of the branch.

The following are a number of program examples of the activities we are currently involved in. The first one has to do with the training system and assisting the addictions agencies in having staff who are skilled and who can deal with the issues of treatment and rehabilitation. We have created a document called *Core Knowledge in the Field*. This was first published in 1978, and it continues to be used as a key component in the training of addictions workers throughout addictions agencies. In addition, there is a trainers' workbook that is also used by the addictions agencies to create trainers who can then train other people throughout the addictions field and in the communities to carry on the necessary work.

This spring we will be publishing an addictions counselling training package. It is designed to provide addictions counsellors with the basic knowledge and skills they need in their work, including communications skills, drug concepts, interview skills, and continued training in the field. This relates particularly to the counselling aspects of the work of the addictions people. Last fall we published *Prevention Training in the Addictions Field*, which is designed to improve the competence of community workers involved in addictions prevention activities. Both of these activities have been done in co-operation and collaboration with all of the addictions agencies in the country, which is another hallmark of our activities: that we do it in co-operation and in collaboration with the addictions agencies that are on the ground, doing the work on a day-to-day basis.

The second program is Dialogue on Drinking. The Dialogue on Drinking promotional campaigns raised the awareness of Canadians on the need to take action on over-drinking. The campaign in the past has operated through radio and television commercials, and now we are concentrating on the production and distribution of publications that are aimed at drinking and targeted towards young women and students.

I should mention, Mr. Chairman, that the committee is certainly able to get copies of all the materials we are referring

*[Translation]*

uniquement l'accent sur les effets néfastes de l'abus des drogues ont, au mieux, un effet provisoire et, au pire, ils suscitent de l'intérêt pour le comportement. L'abus des drogues est un comportement social ancré dans le grand faisceau de normes communautaires et les réseaux de soutien social, de sorte que pour s'attaquer au problème il faut s'employer avant tout à modifier l'environnement social qui favorise ce type de comportement.

Un aspect important de l'approche adoptée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé est que nous faisons appel à des stratégies positives non répressives pour créer un climat favorable à l'adoption d'un mode de vie sain. Cette approche positive transparaît très nettement dans les initiatives actuelles de la Direction générale en ce qui concerne l'usage de l'alcool et des drogues.

Voici des exemples de programmes que nous avons. Le premier est un système de formation visant à aider les centres de lutte contre les toxicomanies à se doter de personnel compétent en matière de traitement et de réadaptation. Nous avons mis au point un document intitulé «Connaissances de base en matière de drogues». Publié pour la première fois en 1978, ce document continue à être considéré comme un outil indispensable pour la formation spécialisée de travailleurs dans les centres de lutte contre les toxicomanies. Nous avons aussi un cahier d'exercices à l'intention des éducateurs et qui les aidera à former des éducateurs qui pourront former d'autres intervenants dans le domaine.

Au printemps prochain, nous publierons un document de formation en counselling dans le domaine des drogues. Il est conçu de manière à permettre aux conseillers en toxicomanie d'acquérir les connaissances et les aptitudes de base dont ils ont besoin dans leur travail: aptitudes à communiquer, concepts en matière de drogue, entrevues, formation permanente. Le programme est axé particulièrement sur l'aspect counselling du travail des intervenants dans le domaine de la drogue. L'automne dernier, nous avons publié un document intitulé «Formation en prévention dans le domaine des toxicomanies» qui vise à rehausser le niveau des compétences des travailleurs communautaires qui s'occupent de la prévention en toxicomanie. Ces deux programmes ont été exécutés avec la collaboration de tous les services de lutte contre les toxicomanies du pays, et cela est une autre caractéristique de notre approche. Nous travaillons en collaboration avec les services existants qui travaillent quotidiennement dans le domaine.

Le second programme s'intitule «Dialogue sur l'alcool». Les campagnes de promotion menées dans le cadre de «Dialogue sur l'alcool» ont eu pour effet de sensibiliser davantage les Canadiens à la nécessité de réagir face au problème de l'abus de l'alcool. Les campagnes consistaient déjà à diffuser des messages à la radio et à la télévision, et maintenant, nos efforts sont centrés sur la production et la distribution de deux publications sur l'alcool qui s'adressent aux jeunes femmes et aux étudiants.

Je dois vous signaler, monsieur le président, que le Comité peut certainement obtenir des copies de tous les documents dont je parlerai aujourd'hui. Nous avons quelques exemplaires



## [Texte]

to here today. We have examples of some of them with us that we could pass around if the committee members are interested.

*Stay Real/Straight Facts* is an information and awareness project for adolescents and parents concerned with the health and social effects associated with cannabis use and the importance of not using drugs. Distribution of these two publications continues, and they are much in demand by both enforcement agencies and the addictions agencies. We have made a copy of *Straight Facts* about drugs and drugs abuse, which is an excellent compendium of the issues and nomenclature and other points about drugs and drug abuse.

## • 1925

The fourth point is a video that we made with Tim Raines when he was still with the Montreal Expos. It was made in training camp in the spring of 1986 and was aired on a CBC network shortly before Christmas. This video is available to the committee if they would like to view it. We are now working with the addiction agencies and with communities and community groups on how this video can be used as a drug-prevention program, especially around the issue of cocaine.

The fifth point is a program called "It's Just Your Nerves." This is a package of program and training materials which raise the awareness of alcohol and tranquilizer use among women through discussion in small groups. Through this program we have trained a large number of leaders in communities who use it very effectively with small groups of women.

In May 1986 we organized a national consultation on women and drugs related to legal drug use—alcohol, minor tranquilizers, anti-depressants and tobacco. The results of that consultation will be published in June of this year. The main point of that consultation was to bring together women from many fields who are dealing with addictions issues and give them a chance to share their experiences with each other, to provide support for what they were doing and give them the interest and desire to continue the work and develop new approaches and ideas.

The seventh point is a program called "Hole in the Fence." It is a storybook, a teacher's guide and a family guide to encourage children to develop interpersonal skills and cope with peer pressure. Drug use is one of the topics covered. This is a program that is extremely popular in the early primary grades and is one of the primary teaching materials in this country on teaching children to make their own decisions about their life and especially on how to avoid peer pressure around any number of lifestyle issues. Again, we go back to our approach that if we are going to deal with drug abuse issues then we must deal with the interaction of people in their

## [Traduction]

de certains d'entre eux avec nous, et nous pourrions les faire circuler si cela vous intéresse.

«Vivre moi-même» et «Les drogues: faits et méfaits» constituent un programme d'information et de sensibilisation conçu pour les adolescents et les parents qui s'inquiètent au sujet des effets sociaux et des conséquences pour la santé de l'usage du cannabis, et qui explique pourquoi il est important de ne pas consommer de drogues. Ces deux publications sont toujours en circulation et très en demande dans les services d'ordre et de lutte contre la toxicomanie. Nous avons fait une copie de «Les drogues: Faits et méfaits» qui est un excellent résumé des problèmes, de la nomenclature et d'autres aspects de la question de drogues et d'abus des drogues.

Le quatrième point est un document vidéo que nous avons monté avec Tim Raines quand il évoluait encore avec les Expos de Montréal. Le document a été monté au camp d'entraînement du printemps 1986 et transmis sur les ondes de Radio-Canada un peu avant Noël. Si la bande vidéo vous intéresse, nous pouvons vous la montrer. Nous sommes en train de travailler en collaboration avec les services de lutte contre les toxicomanies et les groupes communautaires afin de voir comment ce document peut être utilisé dans le cadre d'un programme de prévention, spécialement en ce qui concerne la consommation de cocaïne.

Le cinquième point est un programme intitulé «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs». Il s'agit d'une trousse axée sur la formation, dans laquelle est abordée la question de l'usage de l'alcool et des tranquillisants chez la femme, par le biais de discussions en petits groupes. Ce programme nous a permis de former un grand nombre de dirigeants communautaires qui s'en servent à leur tour très efficacement avec de petits groupes de femmes.

En mai 1986, nous avons organisé un colloque national sur les femmes et la toxicomanie où il fut question de l'utilisation des drogues licites chez les femmes—l'alcool, les tranquillisants mineurs, les antidépresseurs et le tabac. Le rapport de ce colloque sera publié en juin prochain. Cette consultation avait pour but principalement de réunir des femmes travaillant dans de nombreux domaines touchant les toxicomanies pour leur donner la chance de partager leurs expériences, leur fournir de l'appui dans leur travail et les encourager à continuer ce qu'elles font et à mettre au point de nouvelles approches et idées.

Le septième point est un programme intitulé «Mes amis, mon jardin». Il s'agit d'un livre de contes, un guide de l'enseignant et un guide de la famille qui vise à inciter les enfants à acquérir les aptitudes nécessaires aux échanges interpersonnels et à bien réagir aux pressions exercées par les autres enfants. L'usage des drogues fait partie des sujets traités. Ce programme est extrêmement populaire aux premiers niveaux de l'école primaire et constitue l'un des principaux outils pédagogiques au pays servant à enseigner aux enfants à prendre leurs propres décisions et spécialement à éviter les pressions exercées par les autres enfants à propos de toutes sortes de choses de la vie. Ce programme est conforme à notre approche à l'égard de

## [Text]

groups, in their communities, in their schools and show them how to make healthy choices about their life.

We have recently completed a national health promotion survey. One of the issues that was dealt with was alcohol and drug abuse. The results of the survey will be released in early April. In addition, we survey annually through Gallup for the purpose of collecting information on the behaviour, attitudes, and beliefs of Canadian young people with respect to tobacco, alcohol, and marijuana. Mr. Chairman, the results of these surveys will certainly be available to the committee as they are published.

The tenth point is a booklet called "The Effects of Tranquillization," which was created in 1982 for health professionals. It discusses the appropriate use of benzodiazepines and the health and social consequences of misuse. This book is still widely used and distributed.

In addition we have the Health Promotion Contribution Program, which funds non-governmental organizations to conduct projects which increase public participation in health promotion. This is intended to improve the capacity of non-government organizations to develop and deliver health-promotion programs, to improve information exchange among organizations and to develop a better knowledge base on health-promotion programming.

If the committee is interested we have available a list of the projects that have been funded over the last four years which touch on the drug and alcohol issue. Again, you will see from this list that a number of the projects are general, healthy lifestyle kinds of projects, but which touch necessarily on drug and alcohol abuse.

• 1930

One additional program I would mention is the National Health Research and Development Program, which funds research projects and specially applied health research projects. Over the years we have had a few projects in the drug and alcohol field that have been funded through this approach. The NHRDP works on a response to proposals sent in by the research community, so in some years there may be more than in other years on the drug and alcohol issue.

This is the end of our formal presentation, Mr. Chairman, and we would be pleased to answer as best we can questions from committee members.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Glynn. Ms Copps, do you want to lead off for 10 minutes?

**Ms Copps:** If there is such a crisis and epidemic, why has your budget been cut by \$10 million on illicit drug education?

## [Translation]

la lutte contre les abus de drogues qui est axée sur l'interaction des personnes dans les groupes, les communautés, les écoles et sur l'acquisition d'aptitudes à faire des choix favorables à leur santé.

Nous venons de terminer une enquête nationale sur la promotion de la santé. L'une des questions à l'étude était l'abus de l'alcool et des drogues. Les conclusions de l'enquête seront publiées au début d'avril. Nous effectuons en outre une enquête annuelle réalisée par le biais de la Société Gallup afin de recueillir des données sur le comportement, les attitudes et les croyances des jeunes Canadiens face au tabac, à l'alcool et à la marijuana. Monsieur le président, les résultats de ces enquêtes vous seront certainement fournis dès qu'ils seront publiés.

Le dixième point est une brochure intitulée «Les effets de l'usage de tranquillisants» qui a été publiée en 1982 à l'intention des professionnels de la santé. Il traite de l'usage approprié des benzodiazépines et des conséquences sur la santé et la société de l'abus de ces drogues. Ce livre est encore largement utilisé et distribué.

Nous avons aussi un Programme de contributions à la promotion de la santé qui sert à financer des organismes non gouvernementaux pour la réalisation de projets visant à accroître la participation du public à l'effort de promotion de la santé. Le but du programme est d'augmenter la capacité des organismes non gouvernementaux de créer et de mettre en oeuvre des programmes de promotion de la santé, d'améliorer les échanges d'information entre les organismes et de mettre au point une meilleure base de données sur les programmes de promotion de la santé.

Si cela vous intéresse, nous avons une liste des projets relatifs à la drogue et à l'alcool qui ont été financés au cours des quatre dernières années. Vous constaterez à partir de cette liste qu'un certain nombre de projets sont de nature générale, traitant de saines habitudes de vie, mais toujours axés sur les abus de drogues et d'alcool.

Un autre programme dont j'aimerais vous parler est le Programme national de recherche et de développement en matière de santé qui finance la recherche, spécialement la recherche appliquée dans le domaine de la santé. Ce programme nous a permis de financer, au cours des années, un certain nombre de projets liés à la drogue et à l'alcool. Les projets sont établis en fonction de propositions faites par le milieu de la recherche, de sorte que certaines années, il peut y avoir plus de projets sur la drogue et l'alcool que d'autres années.

Cela met fin à notre exposé officiel, monsieur le président, et nous nous ferons un plaisir de répondre du mieux que nous pourrions aux questions des membres du Comité.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Glynn. Madame Copps, voulez-vous commencer? Vous avez dix minutes.

**Mme Copps:** Si le problème a pris l'envergure d'une crise et d'une épidémie, comment se fait-il que votre budget d'éduca-



[Texte]

**Dr. Glynn:** I do not know where that number comes from.

**Ms Copps:** If you look at the total picture of parent drug education, prevention training in the drug field, addiction counselling, *Stay Real* and *Hole in the Fence*, the total actual expenditures in 1985-86 were \$84 million. Forecasts for 1986-87 are \$74 million. That is a \$10 million cut.

**The Chairman:** That is \$74,000.

**Ms Copps:** I also have some other figures, but just to go back for a moment, I could not understand why the actual figure for 1984-85 was \$869,000. Was it \$869,000?

**A voice:** That is right.

**Ms Copps:** In two years it has then gone from \$869,000 to \$74,000.

**Dr. Glynn:** I am sorry, but I do not know where those numbers are coming from.

**Ms Copps:** They are provided by research and they are based on the actual expenditures in 1984-85, actual expenditures in 1985-86, and projected expenditures for 1986-87 in the continuum—

**Dr. Glynn:** In the drug and alcohol—

**Ms Copps:** —health services promotion, illicit drug education expenditures.

**The Chairman:** I think, Ms Copps, perhaps Mr. McNaughton can explain that. He has done some work on this. I will take this off your time, Sheila.

**Ms Copps:** Thank you.

**Mr. Gordon McNaughton (Committee Researcher):** Dr. Glynn, in October I requested information concerning total departmental expenditures for illicit drug education from your department. They provided me with a list of programs related to illicit drug education, which included parent drug education, prevention training in the drug field, addiction counselling training, *Stay Real* and *Hole in the Fence*. They gave me the expenditures for that over the 1984-85 to 1986-87 period; and the totals, according to the data provided to me by your department, went from \$869,500 to \$74,800.

**Dr. Glynn:** I am sorry, I do not have that response with me but—

**Mr. McNaughton:** The principal reason for that decline was the diminution in expenditures for the *Stay Real* program.

**Dr. Glynn:** Yes, I think the primary change was that in the first year the *Stay Real* program included an advertising component, but in latter years it did not. I think we have to look at what is going on in the Health Services and Promotion Branch in relation to the lifestyle issues, if you want to call them that, of tobacco, alcohol and drugs. If you look at the

[Traduction]

tion en matière de drogues illicites a été réduit de dix millions de dollars?

**Dr Glynn:** Je ne sais pas où vous avez pris ce chiffre.

**Mme Copps:** Si vous regardez le budget global consacré aux programmes d'éducation des parents sur la drogue, de formation en prévention dans le domaine de la drogue, de counselling en matière de toxicomanie, au programme «Vivre moi-même» et «Mes amis, mon jardin», les dépenses réelles en 1985-1986 étaient de 84 millions de dollars. Les prévisions de dépenses pour 1986-1987 sont de 74 millions de dollars. C'est une réduction de 10 millions de dollars.

**Le président:** C'est 74,000\$.

**Mme Copps:** J'ai aussi d'autres chiffres, mais je ne comprends pas pourquoi le total des dépenses en 1984-1985 était de 869,000\$. Était-ce bien cela?

**Une voix:** Oui.

**Mme Copps:** En deux ans, le total des dépenses est passé de 869,000\$ à 74,000\$.

**Dr Glynn:** Je m'excuse, mais je ne sais pas où vous avez pris ces chiffres.

**Mme Copps:** C'est le Service de recherche qui nous les a fournis, et ils sont fondés sur les dépenses réelles effectuées en 1984-1985, en 1985-1986, et sur les prévisions de dépenses pour 1986-1987 dans le domaine de...

**Dr Glynn:** De la drogue et de l'alcool...

**Mme Copps:** ... de la promotion des services de santé, de l'éducation en matière de drogues illicites.

**Le président:** Madame Copps, M. McNaughton a peut-être des explications à nous donner. Il a travaillé sur ce dossier. Je prendrai cela sur votre temps, Sheila.

**Mme Copps:** Merci.

**M. Gordon McNaughton (attaché de recherche du Comité):** Monsieur Glynn, en octobre, j'ai demandé de l'information à votre ministère au sujet des dépenses globales engagées dans le programme d'éducation en matière de drogues illicites. Le ministère m'a fourni une liste de programmes, notamment l'éducation des parents sur la drogue, la formation en prévention dans le domaine de la drogue, la formation en counselling en matière de toxicomanie. «Vivre moi-même» et «Mes amis, mon jardin». Il m'a donné le chiffre des dépenses pour la période entre 1984 et 1987, et selon ces données, les dépenses sont passées de 869,500\$ à 74,800\$.

**Dr Glynn:** Je m'excuse, mais je ne peux pas vous répondre...

**M. McNaughton:** La réduction du budget s'explique principalement par la diminution des dépenses liées au programme «Vivre moi-même».

**Dr Glynn:** Oui, je pense que dans la première année du programme «Vivre moi-même», il y avait un élément de publicité qui n'a pas été repris par la suite. Je pense qu'il faut regarder les activités de la Direction générale des services et de la promotion de la santé en ce qui concerne les questions relatives aux habitudes de vie, si vous voulez, notamment la



[Text]

numbers in that case, for instance in 1984-85, 1985-86, the expenditures in the alcohol issue were somewhere in the order of \$1 million for each year and the expenditures in the drug issue were in the order of \$200,000 for each year. We can certainly later provide some clarification on the numbers your research staff have.

**Ms Copps:** You may be spending more money on cigarettes. The fact is that you state today and the Prime Minister has stated there is a drug epidemic. We were talking about illicit drugs. If there is an illicit drug epidemic, then why are we cutting our budget, according to these calculations, by almost \$800,000 over two years in the course of this huge epidemic?

• 1935

**Dr. Glynn:** I think the government has indicated and Mr. Epp indicated last week there is a national drug strategy being developed and planned in consultation with the provinces. In due course there will be announcements about what the program will contain and the amount of funding to be included for the program.

**Ms Copps:** Are you on the interdepartmental secretariat on drug abuse?

**Dr. Glynn:** No.

**Ms Copps:** Who is on it from the Department of Health and Welfare?

**Dr. Glynn:** The secretariat was created by seconding staff from a number of different departments to—

**Ms Copps:** Right. Who is on it from the Department of Health and Welfare?

**Dr. Glynn:** We have provided one staff person—

**Ms Copps:** Name?

**Dr. Glynn:** Hal Johansen.

**Ms Copps:** I guess you cannot speak for why they will not come before this committee.

**Dr. Glynn:** No, I cannot.

**Ms Copps:** They are setting up a drug strategy and we have a committee studying it. You would think it would be helpful for them to participate.

Can you tell me what has happened to the United Nations fund for drug abuse control?

**Dr. Glynn:** There was a five-year funding commitment up to 1986. The commitment from 1987 and thereafter will be decided in the context of the national drug strategy.

**Ms Copps:** At this point, however, even though we are in this drug epidemic, the Department of Health and Welfare is no longer funding the United Nations fund for drug abuse control?

[Translation]

consommation de tabac, d'alcool et de drogues. Si vous examinez les chiffres pour 1984-1985, 1985-1986, les dépenses liées au programme concernant l'alcool étaient d'environ un million de dollars pour chaque année, et celles liées au programme concernant la drogue étaient de l'ordre de 200,000\$. Nous pourrions certainement vous fournir des éclaircissements plus tard sur les chiffres qu'a obtenus votre personnel de recherche.

**Mme Copps:** Vous dépensez peut-être plus pour la cigarette. Vous avez quand même déclaré aujourd'hui qu'il y avait une épidémie de drogues, et le premier ministre a aussi fait une déclaration en ce sens. Nous parlions de drogues illicites. S'il y a une épidémie de drogues illicites, pourquoi les budgets ont-ils été réduits, selon ces chiffres, de près de 800,000\$ au cours des deux dernières années?

**Dr. Glynn:** Je crois que le gouvernement a précisé, ce que M. Epp a rappelé la semaine dernière, qu'une stratégie nationale sur les drogues est en cours d'élaboration et de planification, en consultation avec les provinces. Le contenu de ce programme et l'importance des fonds qui lui seront consacrés seront annoncés en temps utile.

**Mme Copps:** Faites-vous partie du secrétariat interministériel sur l'abus de la drogue?

**Dr. Glynn:** Non.

**Mme Copps:** Qui y représente le ministère de la Santé et du Bien-être social?

**Dr. Glynn:** Ce secrétariat a été créé en détachant du personnel d'un certain nombre de ministères pour...

**Mme Copps:** Oui. Qui y représente le ministère de la Santé et du Bien-être social?

**Dr. Glynn:** Nous avons fourni un de nos employés...

**Mme Copps:** Son nom.

**Dr. Glynn:** Hal Johansen.

**Mme Copps:** J'imagine que vous ne pouvez pas nous dire pourquoi ces gens-là ne comparaitront pas devant ce Comité.

**Dr. Glynn:** Non, en effet.

**Mme Copps:** Vous avez donc là, d'un côté, des gens qui sont en train d'élaborer une stratégie sur les drogues, et de l'autre un comité qui étudie la question. Il serait logique de penser que leur participation serait utile.

Pouvez-vous me dire ce qui est arrivé au Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues?

**Dr. Glynn:** L'engagement avait été pris de le maintenir jusqu'en 1986. Son maintien à partir de 1987 et au cours des années suivantes sera décidé dans le cadre de la stratégie nationale sur les drogues.

**Mme Copps:** Pourtant, alors que l'abus des drogues est aujourd'hui une véritable épidémie, le ministère de la Santé et du Bien-être social n'alimente plus le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues?

[Texte]

**Dr. Glynn:** I believe the UN fund works on a calendar year basis. We provided a grant for the calendar year 1986 and the grant we will provide for the calendar year 1987 has not yet been decided.

**Ms Copps:** It is not allocated. There is no funding for it in the Health and Welfare estimates, so who is going to fund it?

**Dr. Glynn:** It will come out of the funding for the national drug strategy.

**Ms Copps:** Which is being funded by whom?

**Dr. Glynn:** Out of the government's fiscal capacity.

**Ms Copps:** If there is this huge drug abuse problem, why does the Department of Health and Welfare not want to fund the United Nations fund any more?

**Dr. Glynn:** I do not think we have said we do not want to.

**Ms Copps:** You took the money out. There is no money in the 1987 estimates for the United Nations fund for drug abuse, which was funded under Health and Welfare for five years. It is not now funded under Health and Welfare. Why not?

**Dr. Glynn:** The department has not said it will not fund for 1987.

**Ms Copps:** There is no money in the estimates for the fund from the Department of Health and Welfare. You have just stated it is going to be funded by some secretariate which allegedly is going to make interdepartmental recommendations in June. Why did the Department of Health and Welfare see fit to get out of funding the United Nations fund?

**Dr. Glynn:** I do not think either I have said or the Minister has said the UN fund will not be funded in 1987.

**Ms Copps:** For five years the Health and Welfare budget funded it. This year at this point in estimates there is no funding, and unless an interdepartmental committee or somebody else picks it up, there is no funding in Health and Welfare set aside in the estimates for the United Nations fund. I just wonder why not? If it was under your rubric for five years, why now is it no longer a Health and Welfare issue?

**Dr. Glynn:** We are not saying it is no longer a Health and Welfare issue. Indeed, I think it is reasonable to expect when decisions are made on the funding of the National Drug Strategy, appropriate moneys will be made available in each department's budget to fund the activities appropriate for the department. When a decision is made on the amount of funding for the UN fund, I am sure it will be put in Health and Welfare's budget.

**The Chairman:** I presume you are saying it might come in with the supplementary estimates.

[Traduction]

**Dr Glynn:** Je crois que l'approvisionnement de ce fonds se fait en fonction de l'année civile. Nous avons versé une subvention pour l'année civile 1986 et celle que nous accorderons pour l'année civile 1987 n'a pas encore été décidée.

**Mme Copps:** La subvention n'a pas été faite. Elle n'apparaît pas dans les prévisions budgétaires de Santé et Bien-être social Canada. Qui donc va fournir l'argent?

**Dr Glynn:** Il sera prélevé sur les fonds de la stratégie nationale sur les drogues.

**Mme Copps:** Alimentée par qui?

**Dr Glynn:** Grâce aux recettes fiscales du gouvernement.

**Mme Copps:** Puisque l'abus des drogues constitue un problème si considérable, pourquoi le ministère de la Santé et du Bien-être social ne veut-il plus alimenter le Fonds des Nations Unies?

**Dr Glynn:** Je ne crois pas que nous ayons dit que nous ne voulions pas le faire.

**Mme Copps:** Vous avez repris votre argent. Rien n'est prévu dans votre budget pour 1987 en ce qui concerne le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues, alors que votre ministère l'a alimenté pendant cinq ans. Ce fonds ne reçoit plus d'argent de Santé et Bien-être social Canada. Pourquoi?

**Dr Glynn:** Le ministère n'a jamais dit qu'il ne verserait pas de subvention pour 1987.

**Mme Copps:** Il n'y a absolument rien dans les prévisions budgétaires de votre ministère. Vous venez de dire que le Fonds des Nations Unies sera alimenté par un secrétariat qui est censé faire des recommandations interministérielles en juin. Pourquoi le ministère de la Santé et du Bien-être social a-t-il décidé de cesser de subventionner ce fonds?

**Dr Glynn:** Je ne crois pas que le Ministre ou moi-même ayons dit que le Fonds des Nations Unies ne serait pas subventionné en 1987.

**Mme Copps:** Vous l'avez subventionné pendant cinq ans. Cette année, rien n'est prévu dans le budget, et à moins que le comité interministériel ou quelqu'un d'autre reprenne le flambeau, Santé et Bien-être social Canada n'a pas mis d'argent de côté, dans ses prévisions budgétaires, pour le Fonds des Nations Unies. Je me demande simplement pourquoi? Vous l'avez subventionné pendant cinq ans. Comment se fait-il qu'il n'intéresse plus votre ministère?

**Dr Glynn:** Nous ne prétendons pas que Santé et Bien-être social ne s'y intéresse plus. En fait, je crois qu'il est raisonnable de s'attendre à ce que des fonds appropriés soient prévus dans le budget de chaque ministère pour financer les activités qui intéressent chacun d'entre eux, lorsque le financement de la stratégie nationale sur les drogues sera décidé. Lorsque le montant de la subvention au Fonds des Nations Unies aura été établi, je suis certain qu'il figurera au budget de Santé et Bien-être social Canada.

**Le président:** Vous voulez sans doute dire que la subvention pourrait figurer au budget supplémentaire.



[Text]

**Ms Copps:** My question is why in the interim—because at this point you do not know what this interdepartmental committee is going to be recommending—has the UN fund been left high and dry with no commitment? There is nothing in the estimates.

• 1940

**Dr. Glynn:** I think the UN fund understands that they were funded for 1986 and that the government has not yet made a decision for 1987, just like I suspect in early 1986 it had not made a decision for how much it was going to fund in 1986. We have not said we will not.

**Ms Copps:** In terms of the alcohol and drug education and research programs, because we are into this epidemic situation, the so-called epidemic, can you explain why there has been no increase in funding over the 1986 levels in alcohol and drug education and research programs?

**Dr. Glynn:** The government is currently working on designing a national drug strategy. When decisions are made on that strategy, moneys will be allocated in the appropriate boats to do the job.

**Ms Copps:** Okay. We are faced currently, according to your statements and statements we have heard from others, with this perception of a crisis. You are quoting Gallup; we have money to do Gallup polls. Can you explain why we only have a 1% increase in funding for the native alcohol and drug abuse program?

**Dr. Glynn:** Mr. Chairman, that program is not part of my branch; it is part of the Medical Services Branch.

**Ms Copps:** So you do not have anything to do with that.

**Dr. Glynn:** No.

**Ms Copps:** Just in passing, you mentioned a couple of programs that have been very successful. *Straight Facts About Drugs and Drug Abuse* was printed in 1983. Why is your literature so out of date?

**Dr. Glynn:** While some of the statistics, Mr. Chairman, may be a little out of date, the basic information that is here on the various drugs, their effects, etc., is not out of date. We have been told that this is one of the most valuable booklets or brochures in the field, and we are trying to make it available to meet the demand from both the supply side and the demand side of the issue.

**Ms Copps:** I was informed, and I may be wrong, that at the moment Health and Welfare is spending no money in this year's budget on educational tools. Secondly, just in the context of that, the *Hole in the Fence* program that you speak about, or the book, there have been complaints that people do not buy the book because there is a cost to school boards, etc., for the purchase of this book. Could you outline what that cost is, and if this is such a terrific program why there is a cost for the material?

**Dr. Glynn:** I will ask Mrs. Pinder to deal with that.

[Translation]

**Mme Copps:** Ce que je veux savoir c'est pourquoi, dans l'interim... Après tout, vous ne savez pas encore ce que ce comité interministériel va recommander... Le Fonds des Nations Unies se retrouve à sec, sans engagement financier en sa faveur? Il n'y a rien dans les prévisions budgétaires.

**Dr Glynn:** Je crois que les responsables du Fonds savent bien qu'ils ont reçu une subvention en 1986 et que le gouvernement n'a pas encore pris de décision pour 1987, tout comme j'ai l'impression qu'au début de 1986 ils n'avaient pas encore décidé du montant de la subvention pour cette année-là. Nous n'avons pas dit que nous n'en accorderions pas une.

**Mme Copps:** En ce qui concerne les programmes d'éducation et de recherche sur l'abus de l'alcool et des drogues, étant donné l'épidémie qui sévirait, pouvez-vous m'expliquer pourquoi il n'y a pas eu d'augmentation des subventions à ces programmes par rapport à 1986?

**Dr Glynn:** Le gouvernement élabore actuellement une stratégie nationale sur les drogues. Lorsqu'elle aura été décidée, de l'argent sera alloué aux organismes appropriés.

**Mme Copps:** Bien. D'après votre déclaration et celles d'autres personnes, nous sommes actuellement confrontés à une véritable crise. Vous citez Gallup; nous avons de l'argent pour faire des sondages Gallup. Pouvez-vous m'expliquer pourquoi la subvention au programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones n'a été augmentée que de 1 p. 100?

**Dr Glynn:** Monsieur le président, ce programme ne relève pas de ma direction générale mais de celle des Services médicaux.

**Mme Copps:** Vous n'avez donc rien à voir avec cela.

**Dr Glynn:** Non.

**Mme Copps:** Juste en passant, vous avez mentionné un ou deux programmes qui ont été couronnés de succès. Les drogues: Faits et méfaits a été imprimé en 1983. Pourquoi vos publications sont-elles si désuètes?

**Dr Glynn:** Monsieur le président, il se peut que certaines des statistiques soient un peu dépassées, mais les renseignements de base sur les diverses drogues et leurs effets, etc., ne le sont pas. On nous a dit que cette brochure est une des plus précieuses qui existent, et nous nous efforçons de satisfaire aux besoins, tant sur le plan de l'offre que sur celui de la demande.

**Mme Copps:** Il se peut que je me trompe, mais on m'a dit que pour le moment Santé et Bien-être social Canada n'a rien prévu au budget de cette année pour le matériel didactique. Deuxièmement, dans la même veine, à propos du programme «Mes amis, mon jardins» dont vous parlez, ou de cette brochure, on s'est plaint que les gens ne l'achètent pas parce qu'il n'est pas gratuit pour les commissions scolaires, etc. Pouvez-vous nous indiquer ce qu'il coûte et nous dire pourquoi, si ce programme est si merveilleux, la brochure n'est pas gratuite?

**Dr Glynn:** M<sup>me</sup> Pinder va vous répondre là-dessus.



[Texte]

**Ms L. Pinder (Department of Health and Welfare):** *Hole in the Fence* is currently available through the Department of Supply and Services. I believe the cost is something like \$5 per copy, and slightly less bulk. It is that cost because the department has subsidized it for many years. We are continuing to do that while trying to arrange for it to be put to book suppliers, who are better able to get it into the market than we are.

**Ms Copps:** The complaint that I heard was not its unavailability but the fact that school boards cannot afford to pay for... Presumably, if you have the book it goes out to each individual child, I guess.

**Ms Pinder:** No. You get a classroom set, and one book will do a classroom.

**Ms Copps:** And that is \$5 per book.

**Ms Pinder:** Approximately.

**The Chairman:** Ms Copps, I think we will move on to the next; we will give you a second round. Mr. McCrossan, 10 minutes.

**Mr. McCrossan:** I would like to follow through your presentation with some questions that arose when you were making it.

With respect to cannabis, you drew a link suggesting that cannabis users are more likely than non-users to report experiencing a variety of health and social problems. But there is no indication in terms of cause and effect; I mean, are people who are having tensions more likely to turn to cannabis, or are people who are using cannabis more likely to experience tensions? You are trying to make some sort of statement, but I am not sure what the statement is you are trying to make.

**Dr. Glynn:** Mr. Chairman, I will ask Dr. Rootman to talk about some of the statistics around this issue. First, the statement we are trying to make is that one cannot deal with one drug in isolation, and indeed one cannot deal with drugs in isolation from the social context.

• 1945

I think you are quite right. It is very difficult to know which began first, the anti-social behaviour or the use of drugs. It is why we are suggesting that when one gets involved with the drug issue, one should see it as multifaceted or multi-drug. Programs are designed to deal not just with the user, but also with the social context for the user.

Irving, perhaps you can add something to the statistics.

**Dr. Irving Rootman (Acting Director, Program Resources Division, Health Promotion, Department of Health and Welfare):** I had the figures, but I cannot lay my fingers on them now. There are clear differences between users and non-users in terms of self-reported problems. You are quite correct.

[Traduction]

**Mme L. Pinder (ministère de la Santé et du Bien-être social):** On peut se procurer «Mes amis, mon jardin» auprès du ministère des Approvisionnements et Services. Je crois que cette publication coûte environ cinq dollars et un peu moins si vous l'achetez en grosses quantités. Elle coûte ce prix parce que le ministère subventionne cette publication depuis de nombreuses années. Nous continuons de le faire tout en essayant de faire prendre la relève par des libraires qui sont mieux à même que nous de la diffuser sur le marché.

**Mme Copps:** La plainte que j'ai entendue ne concernait pas le fait qu'on ne pouvait pas se la procurer mais le fait que les conseils scolaires n'avaient pas les moyens de l'acheter... J'imagine qu'un exemplaire est remis à chaque enfant.

**Mme Pinder:** Non. Il y a un exemplaire par classe.

**Mme Copps:** Cet exemplaire coûte cinq dollars.

**Mme Pinder:** À peu près.

**Le président:** Madame Copps, nous allons passer à la personne suivante; nous vous redonnerons plus tard la parole. Monsieur McCrossan, vous avez dix minutes.

**M. McCrossan:** J'aimerais vous poser quelques questions qui m'ont été inspirées par votre déposition.

En ce qui concerne le cannabis, vous avez établi un lien entre les consommateurs et les non-consommateurs en disant qu'il est plus fréquent que les premiers se plaignent de divers problèmes dans le domaine de la santé et sur le plan social. Mais il n'y a aucune indication de lien de cause à effet; ce que je voudrais savoir c'est si les personnes soumises à des tensions ont plus tendance à utiliser le cannabis, ou si celles qui l'utilisent ont plus de chance d'être stressées? Il semble qu'il y ait là une déclaration de votre part et je ne suis pas certain de ce qu'elle signifie.

**Dr Glynn:** Monsieur le président, je demanderais au Dr Rootman de parler des statistiques relatives à cette question. Pour commencer, ce que nous essayons de dire c'est que nous ne pouvons pas traiter une drogue isolément, et qu'il est en fait impossible de le faire sans tenir compte du contexte social.

Je crois que vous avez tout à fait raison. Il est très difficile de savoir ce qui vient en premier, du comportement anti-social ou de l'usage de drogues. C'est pourquoi nous disons que lorsque l'on s'attaque au problème de la drogue, il faut le traiter comme un problème aux aspects multiples, mettant en cause des drogues multiples. Les programmes sont conçus non seulement en fonction de l'utilisateur, mais du contexte social de celui-ci.

Irving, peut-être pourriez-vous ajouter quelque chose à ces vastes statistiques.

**Dr Irving Rootman (directeur par intérim, Division des ressources des programmes, Promotion de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social):** J'avais bien les chiffres, mais je ne réussis pas à mettre la main dessus. En ce qui concerne les problèmes signalés par leurs victimes, il existe des

*[Text]*

The direction of causation could be either way. In these kinds of surveys, it's very difficult to determine the direction. The drug use could lead to the problems. We suggested it is an indicator of something, but we are not exactly certain what.

**Mr. McCrossan:** Taking the second item you covered, cocaine, you have not tried specifically to subdivide crack. One of the statistics I had from the drug enforcement side was that the volume of illicit drug seizures have been doubling each year for the last four years. I think in the first half of 1986, the most recent statistic, it was running about half a billion dollars. If seizures are increasing, it suggests usage is increasing or we are getting a larger and larger proportion. Do we have some idea if the usage is doubling each year or keeping pace with the seizures, which are doubling each year?

**Dr. Rootman:** Are you talking about cocaine in particular? Unfortunately, we do not. Only very recently in this country have we been monitoring cocaine use. In fact, the only national data we have about cocaine use is a survey we did in 1985 which asked Canadians about the use of cocaine. The Addiction Research Foundation has done some surveys in Ontario in which they have asked about cocaine use. It looks like it is roughly the same proportions we found in our survey.

**Mr. McCrossan:** You quote that a million people are using cannabis. It does not surprise me, but the 150,000 using cocaine surprises me. I wonder if you have any idea what is happening. As I said, these drug seizures are moving up very dramatically. Is 150,000 the same sort of number we would have seen in 1980? That is an estimate for 1985. What about 1987?

**Dr. Rootman:** We do not know the figures for 1987 because surveys have not been done. I hope they will be done so we can see the differences and the trends. Obviously, there is an increase in convictions for cocaine. It might be reflected in the usage of cocaine as well.

**Mr. McCrossan:** Is running a survey and asking people if they are users your only way to get data? It does not sound like the most scientific method for getting a handle on the problem.

**Dr. Rootman:** It is one of the methods used. The other method is by recording official statistics, which we do. We keep track of convictions and that sort of thing. A survey is probably the best way for getting estimates of use in the population, but they are rather expensive to do. It is difficult to do them all the time.

**Mr. McCrossan:** In terms of seizures, cocaine seems to be the biggest in increase.

**Dr. Rootman:** Yes.

*[Translation]*

différences très nettes entre les usagers et non-usagers de drogues. Vous avez tout à fait raison. Le lien de cause à effet peut s'établir dans un sens ou dans l'autre. Il est très difficile d'en établir la direction dans ce genre d'enquêtes. C'est l'usage de drogues qui pourrait créer ces problèmes. Nous pensons qu'il indique quelque chose, mais nous ne savons pas exactement quoi.

**M. McCrossan:** À propos de la deuxième drogue dont vous avez parlé, la cocaïne, vous n'avez pas essayé de distinguer le «crack». Une des statistiques que m'ont fournies les services de lutte contre la toxicomanie montre que le volume de saisies de drogues illicites double chaque année depuis quatre ans. Je crois que dans la première moitié de 1986, notre statistique la plus récente, cela représentait environ un demi-milliard de dollars. Si les saisies augmentent, cela signifie que l'usage des drogues augmente ou que nous réussissons à en saisir de plus en plus. Savez-vous si la consommation de drogues augmente chaque année ou se maintient au même rythme que les saisies, qui doublent elles-mêmes chaque année?

**Dr. Rootman:** Parlez-vous de cocaïne en particulier? Malheureusement, nous ne le savons pas. Le contrôle de l'usage de la cocaïne est très récent dans notre pays. En fait, les seules données que nous avons à ce sujet nous sont fournies par une enquête que nous avons effectuée en 1985 auprès des Canadiens. La Fondation sur la recherche en toxicomanie a fait quelques enquêtes en Ontario sur l'usage de la cocaïne. Les résultats ont été à peu près les mêmes que ceux de notre enquête.

**M. McCrossan:** Vous dites qu'un million de personnes font usage de cannabis. Cela ne me surprend pas, mais le chiffre de 150,000, pour les cocaïnomanes, m'étonne. Je me demande si vous avez la moindre idée de ce qui se passe. Comme je l'ai déjà dit, les saisies augmentent de manière spectaculaire. Est-ce que le chiffre aurait également été de 150,000 en 1980, puisqu'il s'agit là d'une estimation pour 1985? Que serait-il en 1987?

**Dr. Rootman:** Nous n'avons pas les chiffres de 1987 car il n'y a pas encore eu d'enquêtes. J'espère qu'elles auront lieu de manière à ce que nous puissions voir quelles sont les différences et les tendances. Le nombre des condamnations pour trafic de cocaïne est manifestement en augmentation. Il témoigne peut-être de l'importance de l'usage de cette drogue.

**M. McCrossan:** Votre seul moyen d'obtenir des données consiste-t-il à faire une enquête et à demander aux gens s'ils utilisent des drogues? Cela ne me paraît pas une méthode très scientifique de cerner le problème.

**Dr. Rootman:** C'est une des méthodes utilisées. L'autre méthode consiste à relever des statistiques officielles, ce que nous faisons. Nous tenons un compte des condamnations et autre chose du même genre. L'enquête est probablement le meilleur moyen d'estimer l'usage des drogues dans la population, mais elle coûte assez cher. Il est difficile d'en mener en permanence.

**M. McCrossan:** Il semble que ce soit surtout les saisies de cocaïne qui aient augmenté.

**Dr. Rootman:** Oui.



[Texte]

**Mr. McCrossan:** What are we doing specifically in terms of education about cocaine use? When you went through your programs, I was not sure there was any evidence of stress or concentration on cocaine usage itself and the dangers. Did I miss the point there?

**Ms Pinder:** No, you are quite right. We have mounted no specific program about cocaine use. I think you will find the provinces may be taking some specific action in relation to an increase.

If you look into our material further, you will find that in drug dependency there are behaviours and feelings which transcend a lot of different kinds of material. Look at our prevention material or the addiction counselling material. What you will find is that in a drug dependency there are traits, there are behaviours, there are feelings if you like, that transcend a lot of different kinds of materials. If you look at our prevention materials or the addictions counselling materials, you will find they would also address the cocaine issue, although maybe not as directly as you are suggesting.

• 1950

**Mr. McCrossan:** Well, if this is the largest area of drug increase and you have nothing specific directed toward it, I guess my question is did you request any money in the budget-making process, and were you turned down, or are you still formulating a strategy, or what?

**Dr. Glynn:** Basically, Mr. Chairman, the last point is that the strategy, and cocaine will certainly be a part of the national drug strategy, is is currently being formulated, both in terms of program activities and cost. But I think you raise a good point, that we must be concerned about cocaine because it is the one that is rising very rapidly, although it is still less than 20% of the use of marijuana.

**Mr. McCrossan:** But significantly more harmful.

**Dr. Glynn:** Yes.

**Mr. McCrossan:** So to this point you have not requested any money?

**Dr. Glynn:** The request for funding is part of the deliberations for a national drug strategy.

**Mr. McCrossan:** The timing of that, you think, is June? Did I catch that earlier?

**Dr. Glynn:** I am not sure Mr. Epp has put a specific date on it, but certainly as soon as possible.

**Mr. McCrossan:** Just moving on to the other, alcohol use, you say 80% of Canadians used alcohol. Are we really talking about 80% of Canadians, which is 100% of adults, or are we talking about 80% of Canadian adults?

**Dr. Rootman:** That refers to Canadian adults.

[Traduction]

**M. McCrossan:** Que faisons-nous également pour éduquer le public au sujet de l'usage de la cocaïne? Lorsque vous avez mentionné vos programmes, il ne m'a pas paru que ceux-ci mettaient l'accent sur l'usage et les dangers de cette drogue. Cela m'a-t-il échappé?

**Mme Pinder:** Non, vous avez tout à fait raison. Nous n'avons pas organisé de programmes consacrés à l'usage de la cocaïne. Je crois que vous constaterez que les provinces sont en train de prendre certaines mesures pour lutter contre l'augmentation de la consommation de cette drogue.

Si vous vous reportez aux documents que nous vous avons fournis, vous constaterez que chez les toxicomanes, les comportements et les sentiments transcendent les diverses catégories de drogues. Reportez-vous à nos documents sur la prévention et sur le counselling en matière de toxicomanie. Vous y verrez que le toxicomane manifeste des caractéristiques, des comportements, des sentiments, si vous voulez, qui transcendent les caractéristiques d'un tas de drogues. L'examen des documents dont je viens de vous parler vous montrera que le problème de la cocaïne y est également traité, encore que peut-être pas aussi directement que vous l'entendez.

**M. McCrossan:** Eh bien, il s'agit là de la drogue dont la consommation a le plus augmenté et si vous n'avez pas de programme spécifique pour lutter contre elle, ma question sera la suivante: avez-vous demandé de l'argent dans le cadre de votre budget, vous l'a-t-on refusé, ou êtes-vous encore au stade de l'élaboration d'une stratégie, ou quoi?

**Dr Glynn:** Essentiellement, monsieur le président, je dirais qu'une stratégie nationale sur les drogues, où la cocaïne aura certainement sa place, est actuellement en cours de préparation, tant en ce qui concerne les activités de programmes que les coûts. Mais votre remarque est pertinente; nous devrions en effet nous préoccuper du problème de la cocaïne car il augmente très rapidement, encore que son usage soit inférieur de 20 p. 100 à celui de la marijuana.

**M. McCrossan:** Mais la cocaïne est beaucoup plus dangereuse.

**Dr Glynn:** Oui.

**M. McCrossan:** Donc, jusqu'à présent, vous n'avez pas demandé d'argent?

**Dr Glynn:** La demande de fonds fait partie des délibérations portant sur une stratégie nationale sur les drogues.

**M. McCrossan:** Quand pensez-vous qu'elle sera présentée, en juin? Est-ce bien ce que j'ai entendu tout à l'heure?

**Dr Glynn:** Je ne suis pas certain que M. Epp ait fixé de date précise, mais cela se fera certainement aussitôt que possible.

**M. McCrossan:** Passons maintenant à l'usage de l'alcool. Vous dites que 80 p. 100 des Canadiens en consomment. Parlez-vous vraiment de 80 p. 100 des Canadiens ou de 80 p. 100 des adultes canadiens?

**Dr Rootman:** Des adultes canadiens.



[Text]

**Mr. McCrossan:** But then you come back and talk about juveniles, with 128,000.

**Dr. Rootman:** Yes.

**Mr. McCrossan:** That is 15 to 19. So that was my confusion. You have two different statistical bases.

**Dr. Rootman:** Well, for this particular survey we interviewed people over the age of 14. I guess for the sake of convenience we are calling them adults, but in fact it depends on your cut-off age.

**Mr. McCrossan:** So it is 80% over the age of 14.

**Dr. Rootman:** Yes, that is right. Yes.

**Mr. McCrossan:** Okay. I was not seeing how the two statements tied together.

**Dr. Rootman:** Yes.

**Mr. McCrossan:** You have not dealt with the two commonest drugs, caffeine and nicotine.

**Dr. Rootman:** Well, we do have information on nicotine. We have been monitoring tobacco smoking for the last 15 or 20 years. As you probably know, there has been an overall decrease in tobacco use—it is used by roughly one-third of adult Canadians at this point in time—although there is some concern about young women in particular, reaching parity with young men.

**Mr. McCrossan:** Right. But you are devoting no funds to caffeine programs?

**Dr. Rootman:** Caffeine . . . not as far as I am aware.

**Mr. McCrossan:** Okay. And nicotine programs?

**Dr. Rootman:** Oh, yes. A considerable amount of funding is going into our national tobacco program.

**Mr. McCrossan:** How would that be relative to the other, to the cocaine or the . . . ?

**Dr. Rootman:** Well, right now it is quite a lot higher. It is over \$1 million in terms of our national tobacco program. But I do not have the figures at my fingertips.

**Mr. McCrossan:** Are you primarily coming at it from a lifestyle, "participation" type of approach, or from a "here is a picture of a black lung and this can happen to you" approach?

**Dr. Rootman:** No, it is not that. It is more the type of approach Dr. Glynn was talking about in terms of drugs, trying to create healthy environments and enhance healthy choices. It is not a scare approach, that is for sure.

**Mr. McCrossan:** I would like to ask you a question about action in the tobacco field. Would you favour a federally mandated prohibition against smoking in the workplace, the workplace controlled under federal jurisdiction?

[Translation]

**M. McCrossan:** Et après cela, vous nous parlez de 128,000 adolescents.

**Dr Rootman:** Oui.

**M. McCrossan:** C'est-à-dire des jeunes de 15 à 19 ans. C'est ce que je ne comprenais pas bien. Vous avez deux bases statistiques différentes.

**Dr Rootman:** Bien, pour cette enquête-là, nous avons interrogé des personnes de plus de 14 ans. Pour faciliter les choses, nous les appelons des adultes, mais en fait, cela dépend de l'âge limite que vous vous fixez.

**M. McCrossan:** Il s'agit donc de 80 p. 100 des personnes de plus de 14 ans.

**Dr Rootman:** C'est exact.

**M. McCrossan:** Bien. Je ne voyais pas le lien entre vos deux déclarations.

**Dr Rootman:** Oui.

**M. McCrossan:** Vous n'avez pas parlé des drogues les plus répandues, la caféine et la nicotine.

**Dr Rootman:** Nous avons des données sur la nicotine. Il y a 15 ou 20 ans que nous suivons la consommation de tabac. Comme vous le savez probablement, elle a diminué dans l'ensemble . . . un tiers, environ, des Canadiens adultes, fument aujourd'hui . . . mais nous nous inquiétons de voir que les jeunes femmes, en particulier, fument maintenant autant que les hommes.

**M. McCrossan:** C'est exact. Mais vous ne consacrez pas d'argent aux programmes sur l'abus de la caféine?

**Dr Rootman:** La caféine . . . pas à ma connaissance.

**M. McCrossan:** Bien. Et pour la nicotine?

**Dr Rootman:** Oh! si. Nous consacrons énormément d'argent à notre programme national sur le tabac.

**M. McCrossan:** Combien cela représente-t-il par rapport à la cocaïne ou au . . . ?

**Dr Rootman:** Cela représente actuellement sensiblement plus d'argent. Nous consacrons plus d'un million de dollars au Programme national sur le tabac. Mais je n'ai pas les chiffres sous la main.

**M. McCrossan:** Vous attaquez-vous surtout au problème sous l'angle du mode de vie, selon une méthode de «participation», ou utilisez-vous la méthode choc, genre «voici une photo d'un poumon noirci . . . cela pourrait vous arriver»?

**Dr Rootman:** Non, nous avons plutôt recours au type de démarche dont parlait le docteur Glynn à propos des drogues: nous essayons de créer un environnement sain et de promouvoir des choix qui sont bons pour la santé. Nous n'essayons pas de convaincre par la terreur, soyez-en certain.

**M. McCrossan:** Je voudrais vous poser une question au sujet de mesures qui pourraient être prises dans ce domaine. Seriez-vous favorables à l'interdiction, par les autorités fédérales, de fumer dans le milieu de travail? Voudriez-vous un milieu de travail placé sous le contrôle fédéral?

[Texte]

**Dr. Glynn:** I think, Mr. Chairman, while we all have our individual opinions, that question is best addressed to the Minister.

**The Chairman:** Thank you. You are very astute. Mr. Turner for 10 minutes and then Ms Mitchell.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman, and welcome to our witnesses.

On the question of alcohol, 80% of those over age 14, you say, have had a drink in the last—was it seven days, or today?

• 1955

**Dr. Rootman:** I think the figure is 80% have had a drink in the last year, and the other was something like 8% have consumed more than 15 drinks in the past week.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Whatever it is, it is pretty high. Why do you think this is the case?

**Dr. Rootman:** We have a long history of consuming alcohol in Canada. It is not something which is going to leave us behind very quickly. We all know alcohol is a part of a lot of our normal social activities; it is sort of an endemic issue in Canadian society. The fact that 80% of people had a drink in the last year is not necessarily bothersome in and of itself. Some of these people may have had only one drink or a drink a month or whatever. What is bothersome is the fact there are a large number of Canadians who are consuming alcohol in large quantities, many of whom are developing serious personal and social problems related to their use of alcohol.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you think maybe it is because it is too cheap?

**An hon. member:** Where do you shop?

**Dr. Rootman:** What I can say is that there is a relationship between the price of alcohol and per capita consumption. There has been a lot of research both in Canada and internationally showing a very strong link between price and per capita consumption. Some people have advocated policies for controlling the per capita consumption through price control.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you think we should raise the legal drinking limit to where it used to be? I think it was 21, was it not? Now it is 19, at least in Ontario. Do you think it should be raised?

**Dr. Glynn:** I think the issue of legal drinking limit is one for each province to determine. The federal government does not have the jurisdiction in that issue.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You are right. You mentioned in the public perception and the use of drugs 75% of Canadians believe drug use is a serious problem. Is this illicit or licit drug use? There are problems on both sides of the equation.

[Traduction]

**Dr Glynn:** Je crois, monsieur le président, que bien que nous ayons tous un avis là-dessus, il est préférable que ce soit le ministre qui réponde à cette question.

**Le président:** Merci. Votre réponse est fort adroite. Monsieur Turner, vous avez dix minutes; après quoi, ce sera au tour de M<sup>me</sup> Mitchell.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président, et bienvenue à nos témoins.

Vous dites que 80 p. 100 des personnes de plus de 14 ans avaient bu de l'alcool... était-ce sept jours avant ou le jour même?

**Dr Rootman:** Je crois que ce chiffre de 80 p. 100 concerne ceux qui avaient bu une boisson alcoolique au cours de l'année écoulée; l'autre chiffre veut dire qu'environ 8 p. 100 en ont consommé plus de 15 au cours de la semaine écoulée.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De toute façon, le chiffre est assez élevé. A votre avis, quelle en est la raison?

**Dr Rootman:** La consommation d'alcool est une tradition de longue date au Canada. Elle ne va pas disparaître du jour au lendemain. Nous savons tous que l'alcool fait partie intégrante d'un grand nombre de nos activités sociales; c'est une sorte de problème endémique de la société canadienne. Le fait que 80 p. 100 des personnes interrogées aient pris une boisson alcoolique au cours de l'année n'est pas nécessairement inquiétant en soi. Certains d'entre eux peuvent ne l'avoir fait qu'une fois ou encore n'avoir pris qu'un verre par mois. Ce qui est inquiétant c'est qu'un grand nombre de Canadiens consomment de grosses quantités d'alcool et que beaucoup d'entre eux commencent à éprouver de graves problèmes personnels et sociaux à cause de cela.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pensez-vous que ce soit parce que l'alcool est trop bon marché?

**Une voix:** Où achetez-vous le vôtre?

**Dr Rootman:** Tout ce que je puis dire c'est qu'il existe un lien entre le prix de l'alcool et la consommation par habitant. Un grand nombre de recherches faites au Canada et à l'étranger montrent qu'il existe un lien très net entre le prix et la consommation par habitant. Certains ont recommandé de recourir au contrôle des prix pour contrôler cette consommation.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pensez-vous que nous devrions ramener l'âge limite à ce qu'il était autrefois? C'était 21 ans, n'est-ce pas? Maintenant, c'est 19 ans, au moins en Ontario. Pensez-vous que la limite devrait être relevée?

**Dr Glynn:** Je pense que c'est à chaque province qu'il appartient de décider de cette limite. Le gouvernement fédéral n'a pas autorité en ce domaine.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez raison. Vous avez dit que 75 p. 100 des Canadiens estiment que l'usage de drogues constitue un problème grave. S'agit-il de drogues licites ou illicites? Il y a des problèmes des deux côtés.



*[Text]*

**Dr. Rootman:** I think in this particular case it is referring to both licit and illicit. The question, if I remember correctly, was drug use; it did not specify licit or illicit.

**Dr. Glynn:** I suspect most people reading the question would think of illicit drugs as opposed to licit.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I think there is also a lot of misuse of prescriptions and easy access to prescriptions from doctors who are very lenient to patients they have had for years. They become friends with them and so forth. Do you think there is much abuse going on at the level of improper prescriptions being given to people and renewals of prescriptions being done over telephones?

**Dr. Glynn:** I think we have to be careful on this issue. Actually, I will ask Ms Pinder to speak to some of the issues around women and illicit drug use. It is too easy to blame the doctor. I think physicians are quite often put in a very difficult position of people demanding a prescription for sleeping pills, tranquilizers and so forth. While physicians certainly have a role to play in the control of the use of these drugs, we have to deal with the other side of the coin as well, of people demanding them.

Maybe you can add something to this.

**Ms Pinder:** I do not know if I can add much, except women are prescribed minor tranquilizers more often than men, about twice as often as a matter of fact. Women have more patient visits because of their role as mothers and this kind of thing. There are a lot of different kinds of theories as to why this is. A lot of them have to do with women's role and how women are perceived, and the fact that doctors tend to be male. There is a term called "infantilizing" women, which is seeing them as dependent.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** A lot of Members of Parliament use tranquilizers these days too.

What do you think the solution is? Is it spending more money or more advertising and education programs? Is it more enforcement? Is it more convictions? What do you think the broad solution is for trying solve some of our illicit drug problems?

**Dr. Glynn:** Mr. Chairman, the approach is one of all of those things you mentioned. As Mr. Epp stated in his response to the Speech from the Throne around the issue of a national drug strategy, it is not sufficient to blame the victim and just take one piece of that puzzle. He pointed out that the broad parameters of a national drug strategy was something that dealt with prevention, treatment, rehabilitation, and was coupled with the supply-side issues of appropriate legislation and enforcement of that legislation.

*[Translation]*

**Dr Rootman:** Je crois que dans ce cas particulier, il s'agit des deux. Si je me souviens bien des deux, la question avait trait à l'usage des drogues; elle ne précisait pas s'il s'agissait de drogues licites ou illicites.

**Dr Glynn:** Je crois que la plupart des gens qui liraient cette question penseraient qu'il s'agit uniquement de drogues illicites.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je crois également qu'il y a beaucoup de cas d'utilisation abusive d'ordonnances et d'ordonnances délivrées par des médecins qui se montrent extrêmement indulgents à l'égard de clients de longue date. Des liens d'amitié se tissent entre eux et le reste suit. Pensez-vous qu'il y ait beaucoup d'abus à cause d'ordonnances injustifiées et d'ordonnances renouvelées au téléphone?

**Dr Glynn:** Je crois qu'il faut nous montrer prudents sur ce plan. Je vais donc demander à M<sup>me</sup> Pinder de vous parler de certains des problèmes concernant les femmes et l'usage illicite de drogues. Il est trop facile de blâmer les docteurs. Ceux-ci se trouvent souvent placés dans une situation très délicate lorsque des gens réclament une ordonnance pour obtenir des somnifères, des tranquillisants, etc. Certes, les médecins ont un rôle à jouer dans le contrôle de l'usage de ces drogues, mais il faut également s'occuper du revers de la médaille, c'est-à-dire des gens qui les réclament.

Peut-être avez-vous quelque chose à ajouter sur ce point.

**Mme Pinder:** Je ne pense pas avoir grand-chose à ajouter sinon que l'on prescrit plus fréquemment des tranquillisants légers aux femmes qu'aux hommes, en fait, deux fois plus souvent. Les femmes vont plus souvent chez le médecin, à cause, notamment, de leur rôle de mère. Il y a toutes sortes de théories pour expliquer cela. Beaucoup d'entre elles ont trait au rôle des femmes et à la façon dont elles sont perçues, ainsi qu'au fait que les docteurs sont la plupart du temps des hommes. On dit parfois qu'on «infantilise» les femmes, c'est-à-dire qu'on les considère comme des personnes à charge.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Par les temps qui courent, beaucoup de députés utilisent également des tranquillisants.

À votre avis, quelle est la solution? Faut-il dépenser plus d'argent ou lancer plus de programmes de publicité et de sensibilisation? Faut-il insister sur le respect de la loi et des règlements? Faut-il plus de condamnations? Quelle serait, à votre avis, la solution générale qui pourrait être adoptée pour essayer de résoudre certains de nos problèmes de drogues illicites?

• 2000

**Dr Glynn:** Monsieur le président, cela consiste à faire jouer tout ce dont vous venez de parler. Comme M. Epp l'a dit dans sa réponse au discours du Trône à propos d'une stratégie nationale sur les drogues, il ne lui suffit pas de blâmer la victime car ce n'est qu'un des éléments de l'équation. Il a souligné que les grands paramètres d'une telle stratégie seraient la prévention, le traitement, la réadaptation et qu'ils étaient liés, sur le plan de l'offre, à des textes législatifs appropriés et à leur mise en vigueur.



[Texte]

I think the conclusion that most people have come to is that there is a need for a balance between supply and demand and a broadly based program that deals with the social context as well as the legal side of the issue. But it is not something that is going to be solved overnight.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** No, and we are learning that as a result of hearing witnesses from all disciplines on this issues. It is a very complex international phenomenon.

To build on what Mr. McCrossan was getting at in terms of nicotine in your Health Protection Branch, I am wondering if you are disposed toward completely banning all forms of advertising for smoking and drinking in Canada.

**Dr. Glynn:** I am sorry, Mr. Chairman, but I have the same response as I did to the last question of Mr. McCrossan's.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Come on.

**Dr. Glynn:** I think that question is best put to the Minister.

**The Chairman:** Your time is up. Thank you, Mr. Turner. Ms Mitchell.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do I hear the bell, Mr. Chairman?

**Ms Mitchell:** Thanks very much. I must apologize for being late. I am sitting in for Howard McCurdy, so I do not have quite the same background as other members of the committee.

I am sitting here with a great sense of frustration, because I know about many of the drug problems in my own riding and of young people I have worked with over the years in the field of social work, and it seems as though we are just skimming the surface here. First of all, did you give your estimation or any evidence as to whether there is or is not an illicit drug epidemic? What is the professional assessment of that?

**Dr. Glynn:** Mr. Chairman, on page two of the document that you have before you, we have provided some numbers which represent the minimum of use in Canada. I stated that it was very difficult to get absolute numbers on use because people tend not to want to tell you that they are using drugs. So you can measure absolute convictions, but in terms of people using it in the community who do not come before the legal system, this is the best we can do. What it shows is that 1 million Canadians used marijuana or hashish and 150,000 Canadians used cocaine in 1985.

**Ms Mitchell:** But who were these people and why were they using them? I cannot seem to get a picture on this at all. Can we start with school-age children, for example? What are the trends now? It used to be that glue sniffing was the big thing, and I understand that alcoholism has increased. Have you any recent data on the trends with school-age children?

[Traduction]

Je crois que la plupart des gens sont parvenus à la conclusion qu'il faut un équilibre entre l'offre et la demande et que nous avons besoin d'un programme général qui traite le contexte social aussi bien que l'élément juridique de la question. Mais ce n'est pas demain que nous trouverons une solution.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Non, et c'est bien ce que nous découvrons lorsque nous entendons des témoins de toutes disciplines évoquer ces problèmes. Il s'agit là d'un phénomène international extrêmement complexe.

Pour reprendre ce que M. McCrossan disait à propos de la nicotine qui est une des préoccupations de vos services de protection de la santé, je me demandais si vous êtes favorables à une interdiction totale de toutes les formes de publicité en faveur du tabac et de l'alcool au Canada.

**Dr Glynn:** Je regrette, monsieur le président, mais ma réponse est la même que celle que j'ai donnée à la dernière question de M. McCrossan.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Allons donc!

**Dr Glynn:** C'est au ministre qu'il faut poser cette question.

**Le président:** Le temps dont vous disposiez est écoulé. Merci, monsieur Turner. Madame Mitchell.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Est-ce la cloche qu'on entend, monsieur le président?

**Mme Mitchell:** Merci beaucoup. Excusez-moi de mon retard. Je représente Howard McCurdy et n'ai donc pas tout à fait les mêmes antécédents que les autres membres de ce Comité.

J'éprouve un énorme sentiment de frustration car je connais beaucoup de problèmes liés à la drogue dans ma propre circonscription ainsi que ceux des jeunes gens à qui j'ai eu affaire pendant des années comme travailleuse sociale, et il me semble que nous ne faisons qu'effleurer la surface. Pour commencer, nous avez-vous dit ce que vous pensiez de cette épidémie de drogues illicites? Est-elle prouvée ou non? Qu'en pensent les professionnels?

**Dr Glynn:** Monsieur le président, à la page 2 du document que vous avez devant vous, nous fournissons quelques chiffres qui représentent l'usage minimum au Canada. J'ai déjà dit qu'il était très difficile d'obtenir des chiffres absolus car les gens ont tendance à ne pas vouloir vous dire qu'ils utilisent des drogues. Ce que vous pouvez mesurer, ce sont les condamnations, mais lorsqu'il s'agit des usagers de drogues dans la collectivité qui ne comparaissent pas au tribunal, c'est tout ce que nous pouvons faire. Ce que ce document montre c'est qu'en 1985, un million de Canadiens utilisaient la marijuana ou le hachisch et 150,000 Canadiens, la cocaïne.

**Mme Mitchell:** Mais qui étaient ces gens et pourquoi le faisaient-ils? Je ne réussis pas à m'en faire une idée précise. Pouvons-nous commencer par les enfants d'âge scolaire, par exemple? Quelles sont les tendances actuelles? Il n'y a pas si longtemps, renifler de la colle était très à la mode, et je crois savoir que l'alcoolisme est en hausse. Avez-vous des données récentes sur les tendances des enfants d'âge scolaire?

[Text]

**Dr. Rootman:** The Addiction Research Foundation and a number of other commissions across the country have been monitoring drug use among young people for quite a number of years. The Addiction Research Foundation in particular has a pretty good data base. What they found in their most recent survey, which compares 1983 with 1985, was that there has been a stabilization in the use of almost all illicit drugs, with the exception of cocaine. With regard to alcohol, there has been hardly any change between 1983 and 1985. As for tobacco, there has actually been a slight decrease.

• 2005

**Ms Mitchell:** We are talking about high school students.

**Dr. Rootman:** These are high school and junior high school students. The other surveys done over the same time period suggest that the use of illicit drugs has stabilized, with the exception of cocaine. The point to remember is that even though it may have stabilized, there still are a lot of young people using these drugs and suffering the consequences.

**Ms Mitchell:** I am wondering also about women. You mention them frequently. We did a task force on older women a few years ago, and one of the trends we found, talking to women across Canada, was the real concern about over-dependency on prescription drugs. I would assume that is probably similar now. This was four or five years ago. What is Health and Welfare doing, if anything, with physicians and with the medical professional in this regard? The impression we got was that women's complaints, particularly around menopause, tend to be brushed off. There is a stereotyping of some of the women's problems. I wondered if there is any kind of an educational campaign being done with the medical profession and others about this. I think it is better with women doctors; I would agree with you there.

**Dr. Glynn:** I will let Mrs. Pinder deal with some aspects of your question. What we did do is have a national consultation on women and licit drug use last May. The results are going to be published in June. One of the things we were trying to do was get women dealing with that particular issue, suggesting things that community groups should be doing, and giving us advice on the approach we should be using to deal with the problem.

**Ms Pinder:** There was a program called "It's Just Your Nerves". It was a contributions project here in Ontario, and there was a very deliberate effort made to have that introduced into the educational experience of physicians in the medical schools. That was one effort. It was some years ago.

More recently there has been a small book called *The Effects of Tranquilization: Benzodiazepine Use in Canada*, which has to do with women and elderly people who tend to be prescribed tranquilizers more often. It has been used, once again here in Ontario, by physicians. In fact it was at the

[Translation]

**Dr Rootman:** La Fondation sur la recherche en toxicomanie et un certain nombre d'autres commissions au Canada suivent, depuis un certain nombre d'années, l'usage des drogues chez les jeunes. Cette Fondation, en particulier, a une assez bonne base de données. Son enquête la plus récente, qui compare 1983 à 1985, a révélé que l'usage de toutes les drogues illicites s'était stabilisé, à l'exception de la cocaïne. En ce qui concerne l'alcool, il n'y a pratiquement plus aucun changement entre 1983-1985. Quant au tabac, sa consommation a en fait légèrement baissé.

**Mme Mitchell:** Nous parlons d'élèves du secondaire.

**Dr Rootman:** Il s'agit d'élèves du secondaire et d'élèves du secondaire du premier cycle. Les autres enquêtes couvrant la même période montrent que l'usage de drogues illicites s'est stabilisé, à l'exception de la cocaïne. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue c'est que même s'il s'est stabilisé, il y a encore beaucoup de jeunes qui utilisent ces drogues et en paient les conséquences.

**Mme Mitchell:** Je m'interrogeais également sur le cas des femmes. Vous les mentionnez fréquemment. Il y a quelques années, nous avons eu un groupe d'étude qui s'occupait des femmes âgées, et l'une des tendances que nous avons constatées, en parlant à des femmes un peu partout au Canada c'était leur crainte très réelle d'une dépendance excessive à l'égard des médicaments sur ordonnance. J'imagine qu'il en va probablement de même aujourd'hui. Je parle d'il y a quatre ou cinq ans. Quelles mesures éventuelles Santé et Bien-être Canada a-t-il pris à l'égard des médecins et des praticiens de la médecine à cet égard? Nous avons eu l'impression qu'on a tendance à traiter à la légère les plaintes des femmes, en particulier aux alentours de la ménopause. Il existe des stéréotypes de certains des problèmes féminins. Je me demandais si on a entrepris une campagne de sensibilisation de la profession médicale, entre autres, à ce sujet. Je crois que cela va mieux lorsque l'on a affaire à des doctresses. Je suis d'accord avec vous sur ce point.

**Dr Glynn:** Je laisserai le soin à M<sup>me</sup> Pinder de traiter certains aspects de votre question. Ce que nous avons fait, c'est organiser une consultation nationale au sujet des femmes et de l'usage de drogues licites, en mai dernier. Les résultats seront publiés en juin. Un de nos objectifs était d'essayer d'amener des femmes à s'occuper de cette question, à proposer des activités pour les groupes communautaires et à les conseiller sur la démarche à suivre pour régler le problème.

**Mme Pinder:** Il y avait un programme qui s'appelait «C'est pas grave, c'est rien que vos nerfs». C'était un projet de contributions en Ontario où de sérieux efforts ont été déployés pour l'incorporer aux cours suivis par les étudiants des facultés de médecine. Voilà un exemple de tentative, mais elle remonte à quelques années.

Plus récemment, on a publié un petit ouvrage intitulé «Les effets de l'usage des tranquillisants» qui portait sur les femmes et les personnes âgées à qui les médecins ont tendance à prescrire des tranquillisants plus fréquemment. C'est un ouvrage qui a été utilisé par les médecins, encore une fois en



[Texte]

request of the Ontario Medical Association distributed to the 15,000 members of that organization. In other provinces, it was also used extensively in that way. So there has been some receptivity to this kind of thinking.

**Ms Mitchell:** I wonder if you have been doing any particular work with labour groups and the promotion of anti-drug programs.

• 2010

**Ms Pinder:** One program under development right now is with the Addiction Research Foundation of Ontario. The effort there is to link employee assistance programs with health promotion programs. As is often said, the employee assistance programs tend to be directed toward the walking wounded, while health promotion in the workplace tends to be directed toward the conspicuously well. The effort here is to blend these two programs.

In certain pilot sites, including one here in Ottawa, the organization of the programs are through management and labour committees. In this way, the labour and the unions that represent employees are involved in the employee assistance aspects of our work.

**Ms Mitchell:** What is the responsibility of Health and Welfare Canada relative to provinces and relative to the employee-employer groups? Is it just to provide resource information? Or are you taking on a more aggressive role?

**Ms Pinder:** Over the years we have related to the official drug agencies in each province, which have always taken a good deal of leadership where employee assistance is concerned. At the outset of employee assistance programs, they tended to be focused on people with alcohol problems. Now they have become much more broadly ranged. But at the outset they were initiated in this way.

I can think of one program that was developed in co-operation with the provinces. It had to do with the materials to train referral agents who were at the work site in helping to identify, counsel and refer people with dependency problems. This was the program the drug agencies used and promoted through community colleges.

**Ms Mitchell:** So you provide research and development moneys.

**Ms Pinder:** Yes.

**Ms Mitchell:** Is it similar to welfare grants?

**Ms Pinder:** We work with the provincial drug agencies.

**Dr. Glynn:** One other program, Mr. Chairman, I might mention is a \$600,000 project we have with the Canadian Mental Health Association, called Mental Health in the

[Traduction]

Ontario. En fait, à la demande de l'Association des Médecins de l'Ontario, il a été remis à 15,000 membres de cette organisation. Il a largement été utilisé de la même manière dans d'autres provinces. Il existe donc une certaine réceptivité à l'égard de ce genre d'approche.

**Mme Mitchell:** Avez-vous travaillé avec des syndicats. Avez-vous participé à la promotion de la lutte contre l'abus des drogues?

**Mme Pinder:** L'Addiction Research Foundation de l'Ontario élabore actuellement un programme. Celui-ci a pour objet d'établir un lien entre les programmes d'aide aux employés et les programmes de promotion de la santé. Comme on le dit fréquemment, les premiers ont tendance à être axés sur les «blessés ambulatoires», alors que les seconds, qui se déroulent en milieu de travail, visent surtout les gens dont la santé est éclatante. Le but poursuivi est donc de combiner ces deux programmes.

Dans certains endroits pilotes, notamment ici à Ottawa, les programmes sont organisés par la direction et des comités de représentants des travailleurs. De cette manière, ceux-ci et les syndicats qui représentent les employés, ont leur mot à dire dans tout ce qui, dans notre travail, a trait à l'aide aux employés.

**Mme Mitchell:** Quelle est la responsabilité de Santé et Bien-Être Canada par rapport aux provinces et aux groupes d'employeurs et d'employés? S'agit-il simplement de fournir des renseignements sur les ressources disponibles; ou le rôle que vous adoptez est-il plus dynamique?

**Mme Pinder:** Au fil des années, nous avons entretenu des rapports avec les organismes officiels de lutte antidrogue de chaque province, qui ont toujours montré l'exemple lorsqu'il s'agissait d'aide aux employés. Au début, ces programmes étaient surtout destinés aux personnes ayant des problèmes d'alcoolisme. Ils s'attaquent aujourd'hui à une gamme de problèmes beaucoup plus large. Mais c'est ce qu'ils faisaient au début.

Je songe à un programme qui a été élaboré en collaboration avec les provinces. Il concernait la documentation utilisée pour former les agents orienteurs qui se trouvaient sur les lieux de travail pour aider à découvrir les gens qui avaient des problèmes, les conseiller et les orienter. C'est ce programme que les organismes de lutte antidrogue utilisaient et promouvaient dans tous les collèges communautaires.

**Mme Mitchell:** Vous fournissez donc de l'argent pour la recherche et le développement.

**Mme Pinder:** Oui.

**Mme Mitchell:** Du même genre que les subventions de bien-être social?

**Mme Pinder:** Nous travaillons avec les organismes provinciaux de lutte antidrogue.

**Dr Glynn:** Je pourrais également citer un autre programme, monsieur le président, qui est un projet de 600,000\$ que nous avons entrepris en collaboration avec l'Association canadienne



[Text]

Workplace. This gets at those sorts of issues by employers, union groups, employees and the community dealing with mental health issues in the workplace, which cannot help but deal with substance abuse or addiction issues.

**Ms Mitchell:** I guess this is kind of an educational session rather than getting at the budget. I was wondering, from your experience and from the information the department has and so on, what you would conclude are some of the common factors in the causes of drug and alcohol abuse.

**Ms Pinder:** One can go back to the old public health model of host-agent environment; that is, there is a person, there is a substance, and there is an environment in which the use is supported. One can also talk about factors of accessibility; that is, how available it is. Availability has to do with pricing. You can talk about the internal pressures in individuals as to why they might want to use drugs and how within their particular situation there are pressures that make it a choice.

When I say all this, which I am not saying in a very orderly fashion, there is no single answer. It really is multifactorial. One must always look at the person, the drug, and the situation in which the person first begins to use and ultimately perhaps begins to misuse and abuse.

**The Chairman:** Thank you, Ms Pinder. Dr. Glynn, do you want to add?

**Dr. Glynn:** Sorry, Mr. Chairman, I think Dr. Rootman can elaborate some more on this issue, if the committee would like.

**Dr. Rootman:** We could go on and on and on and on; it really is a complex question and one that really deserves some attention by this committee.

There has been a lot of research in the last few years in terms of looking at the causes of drug abuse. There has been an explosion in the literature in the last 10 years in terms of the issues of causation. It is not possible to say definitively what the causes are, but certain factors have been isolated, which seem to be quite important. It is also important to note that these factors differ depending on what aspect of drug abuse you are looking at. The factors leading to starting drug use are different from the factors that are involved in continuing drug use, and the factors that are involved in causing people to stop drug use are different from the factors that lead to continuation and so on. There are a lot of factors that are involved.

• 2015

If you want to take a look at initiation, the key factors are availability, previous use of drugs, personality characteristics, beliefs of the individual, their attitudes, and probably most importantly the family structure; the degree to which the family is cohesive and there is interchange among people in the family seems to be key in terms of initiating drug use. Stressful situations is a further factor that is involved in initiation of

[Translation]

pour la santé mentale, intitulé «La santé mentale dans le milieu de travail». Il s'attaque à ce genre de question et s'adresse aux employeurs, aux syndicats, aux employés et à la collectivité aux prises avec des problèmes de santé mentale en milieu de travail, et qui ne peuvent éviter d'avoir affaire à des cas d'abus de substances ou de toxicomanie.

**Mme Mitchell:** Il s'agit plutôt d'une séance éducative que d'un examen de questions budgétaires. D'après votre expérience et d'après l'information recueillie par votre ministère, quels sont, selon vous, certains des facteurs communs de l'usage de l'alcool et de la drogue.

**Mme Pinder:** On peut revenir au vieux modèle d'hygiène publique de l'environnement hôte-agent; c'est-à-dire qu'il y a une personne, qu'il y a une substance et qu'il y a un environnement favorable à l'usage de celle-ci. Il faut également parler de facteurs d'accessibilité; c'est-à-dire de l'utilité plus ou moins grande de se procurer ces substances, qui est fonction de leur prix. Vous pouvez également parler de tout ce qui, chez les individus, les pousse à utiliser des drogues et du fait que c'est le choix qui s'impose à eux dans certaines situations.

Ceci dit, et d'ailleurs dit de manière un peu brouillonne, il n'y a pas de solution unique. En fait, de nombreux facteurs interviennent. Il faut toujours tenir compte de la personne, de la drogue, de la situation dans laquelle elle commence à l'utiliser et finit parfois par l'utiliser à mauvais escient et par en abuser.

**Le président:** Merci, madame Pinder. Docteur Glynn, avez-vous quelque chose à ajouter?

**Dr Glynn:** Excusez-moi, monsieur le président, je crois que le docteur Rootman pourrait ajouter quelque chose là-dessus, si le Comité le souhaite.

**Dr Rootman:** Nous pourrions continuer *ad vitam aeternam*; c'est vraiment une question complexe qui mérite que le Comité lui accorde une certaine attention.

Au cours de ces dernières années, beaucoup de recherches ont été faites sur les causes de l'abus de la drogue. Ces dix dernières années, les publications spécialisées regorgent d'études sur les questions de causalité. Il est impossible de dire avec certitude ce que sont les causes, mais certains facteurs ont été cernés, qui semblent fort importants. Il est également important de constater que ces facteurs diffèrent selon l'aspect de l'abus des drogues qui est considéré. Les facteurs qui mènent à l'usage des drogues sont différents de ceux qui régissent la continuation de cet usage, et les facteurs qui entrent en jeu lorsqu'on cesse l'usage des drogues sont différents de ceux qui mènent à la continuation, et ainsi de suite. Il y a beaucoup de facteurs en jeu.

Pour ce qui est de l'initiation, les facteurs clés sont la disponibilité, l'usage antérieur des drogues, les caractéristiques de la personnalité, les croyances de la personne en cause, ses attitudes et, ce qui est probablement le plus important, la structure familiale, c'est-à-dire la cohésion de la famille et l'échange entre les membres de cette famille, qui semble être la clé de l'initiation à l'usage des drogues. Les situations de stress

[Texte]

drug use, and then finally peer influence. I think you have read a lot in the newspapers and so on about peer influence; it is true that in fact peers do have an influence in terms of initiation into drug use.

I am not going to go through the other stages, but that gives you an idea of some of the factors that are involved in a causal sense. We cannot really say that one factor causes 25% of drug use or whatever, but we do know that these factors do have some role to play in causing drug use.

**The Chairman:** Dr. Glynn, I think we are getting behind. We have another witness, Mr. Dykeman, who is here as a policy analyst from the Health Protection Branch.

I want to allow a brief second round. Ms Copps, you are first on the list, then Mr. McCrossan. Perhaps two minutes, Ms Copps.

**Ms Copps:** Briefly, what do you think about the fact that the Addiction Research Foundation in the last 12 months got more money from the United States government to study drug abuse than from the Canadian government?

**Dr. Glynn:** I do not know what those figures are.

**Ms Copps:** \$380,000 from the U.S. government and \$360,000 from the Canadian government.

**Ms Mitchell:** That is the result of "When Irish eyes are smiling".

**Dr. Glynn:** I think it is a result, Mr. Chairman, of the world-class structure and expertise in the Addiction Research Council of Ontario. It is a World Health Organization collaborating centre on the addictions agencies, and it does get money from a number of sources. I think it is a real compliment that it is funded by a number of agencies, including the Canadian ones as well as international agencies.

**Ms Copps:** We are sitting here talking about this huge crisis and you have spent all this time talking about these wonderful programs. When I look at the money that is spent, it is a joke. Parent drug education—you must mentioned the family being the major component. The figures that are going to be spent on parent drug education in 1986-87 is \$4,800 for the whole country. How can you actually expect us to believe...? Either there is not an epidemic, or if there is an epidemic you are trying to stall it off by talking about this national drug strategy coming up next June. If it is an epidemic, why are we waiting?

This breakdown of money that is spent for illicit drug education is... Stay Real has \$6,000 budgeted in the coming fiscal year for the national program for Stay Real. That is a joke. The *Hole in the Fence*, \$4,000. This is our drug strategy?

**Dr. Glynn:** I do not think we have put forward the activities that are currently going on or the budget as the national drug strategy. Programs are changing, developing, in transition all

[Traduction]

sont un autre facteur qui peut mener à l'usage des drogues, de même que l'influence des pairs. On a beaucoup parlé dans les journaux et ailleurs de l'influence des pairs; il est effectivement vrai que les pairs ont une influence sur l'initiation aux drogues.

Je ne vais pas traiter des autres stades, mais cela vous donne une idée de certains facteurs de causalité. Nous ne pouvons dire qu'un facteur cause 25 p. 100 de l'usage des drogues ni donner quelque autre chiffre, mais nous savons que ces facteurs ont un rôle de causalité dans l'usage des drogues.

**Le président:** Docteur Glynn, je crois que nous prenons du retard. Nous avons un autre témoin, M. Dykeman, qui est ici à titre d'analyste de la Direction générale de la protection de la santé.

Je vais permettre une brève seconde ronde. Madame Copps, vous êtes la première sur la liste, puis M. McCrossan. Deux minutes, peut-être, madame Copps.

**Mme Copps:** Brièvement, que pensez-vous du fait que l'*Addiction Research Foundation* a reçu au cours des 12 derniers mois pour étudier la toxicomanie plus d'argent du gouvernement américain que du gouvernement canadien?

**Dr Glynn:** Je ne connais pas les chiffres.

**Mme Copps:** Trois cent quatre-vingt mille dollars du gouvernement américain et 360,000\$ du gouvernement canadien.

**Mme Mitchell:** C'est le résultat de *When Irish eyes are smiling*.

**Dr Glynn:** Je crois que c'est dû, monsieur le président, au fait que l'*Addiction Research Council* de l'Ontario, par sa structure et son expertise, est de classe internationale. C'est un centre de collaboration de l'Organisation mondiale de la santé pour les organismes sur la toxicomanie, qui obtient de l'argent de plusieurs sources. Je crois que c'est là un réel compliment pour cet organisme que d'être financé par un bon nombre de sources, canadiennes aussi bien qu'internationales.

**Mme Copps:** Nous sommes là à parler de cette crise importante et vous avez passé tout ce temps à parler de ces merveilleux programmes. Pourtant, quand je vois les sommes dépensées, c'est une mauvaise plaisanterie. L'éducation des parents à la drogue—vous avez dit que la famille est la composante majeure. Pourtant, en 1986-1987, pour l'ensemble du pays, on va dépenser 4,800\$ pour l'éducation des parents en matière de drogue. Comment voulez-vous que nous puissions croire...? Ou bien il n'y a pas d'épidémie, ou bien il y a une épidémie, mais vous tentez d'atermoyer en parlant de cette stratégie nationale en matière de drogues attendue au mois de juin. Si c'est une épidémie, qu'est-ce que nous attendons?

La ventilation des sommes dépensées pour l'éducation en matière de drogues illicites est... Le budget de *Stay Real* pour l'exercice financier à venir s'établit à 6,000\$ pour son programme national. C'est une mauvaise plaisanterie. Celui de *Hole in the Fence* est de 4,000\$. C'est là notre stratégie en matière de drogue?

**Dr Glynn:** Je ne crois pas que nous ayons soutenu que les activités en cours ou le budget constituent une stratégie nationale en matière de drogue. Les programmes sont toujours



[Text]

the time. In terms of what was spent in 1986-87 and what might be spent in 1987-88, I do not know. We have not presumed that these programs or the amount that may have been spent in the past is the national drug strategy.

• 2020

**Ms Copps:** We have probably tied up more money in salaries here tonight than the total Stay Real program for the year. It is ridiculous. Why are we wasting our time as members of Parliament studying this so-called drug abuse when these programs are so picayune as to be rather pathetic?

**The Chairman:** I think, Ms Copps, perhaps I can supplement your question. I get the feeling, Dr. Glynn, that perhaps we do not have all the figures here and I think we really desperately need them. As Ms Copps has indicated, we see about \$75,000 being spent federally, which is about a quarter of a cent per capita for Canadians, whereas the province is paying about \$1.50. Those are the figures we have so far. I suspect they are wrong, but I think we desperately need some complete figures from the federal department in order to see what is being spent on the total drug program.

I say that because I think when the Prime Minister has enough reason to say we have an epidemic and when your own Minister comes out with a health-for-all program that really emphasizes prevention and community support, which is exactly what we are talking about tonight really—with those two top senior people, the Prime Minister and the Minister, talking that way we should be seeing a lot more money being budgeted than we see here. Now, maybe there is a lot more, but I think there is a desperate need for some more information for the committee as soon as we can get it because we are going to be coming out with a report that will be embarrassing to our government if we do not get some better information.

**Dr. Glynn:** We will provide you with dollar amounts.

**The Chairman:** That would be good. Now, Mr. McCrossan, about two or three minutes.

**Mr. McCrossan:** I just wanted to tackle the issue of controlling the so-called designer drugs.

I notice in your pamphlet that with carcinogens, your bottom four drugs, there is no legal status at all. I assume that is because they are new. They are chemical reformulations which produce a similar effect to something else and they are not on the restricted list. Obviously in the States they have been having quite a problem. As fast as they can put something on a restricted list, somebody can come up with a chemical variation of it which produces almost transparent results, but has a different chemical formulation and therefore is not banned.

Do you need broader powers in the Hazardous Products Act, the Food and Drug Act, or the Narcotic Control Act to be able to react quickly to the emergence of new substances and put them on a restricted or controlled list?

[Translation]

en devenir, en évolution et en transition. Pour ce qui est de ce qui a été dépensé en 1986-1987 et de ce qui pourrait être dépensé en 1987-1988, je ne sais pas. Nous n'avons pas supposé que ces programmes ou la somme qui peut avoir été dépensée par le passé constituent la stratégie nationale en matière de drogues.

**Mme Copps:** Les salaires versés ce soir sont probablement plus élevés que pour l'ensemble du programme "Vivre moi-même" pour l'année. C'est ridicule. Pourquoi nous, députés, gaspillons-nous notre temps à étudier ce présumé abus des drogues, quand les programmes sont si ridiculement petits?

**Le président:** Je crois, madame Copps, que je peux peut-être compléter votre question. J'ai l'impression, docteur Glynn, que nous n'avons peut-être pas tous les chiffres et je crois que nous en avons le plus grand besoin. Comme M<sup>me</sup> Copps l'a dit, nous constatons que le gouvernement fédéral dépense environ 75,000\$, soit environ un quart de cent par Canadien, tandis que la province paie environ 1,50\$. Ce sont les chiffres dont nous disposons jusqu'ici. Je soupçonne qu'ils sont incorrects et je crois que nous avons le plus urgent besoin de chiffres complets du ministère fédéral pour connaître les sommes dépensées pour l'ensemble du programme de la drogue.

En effet, si le premier ministre a des motifs suffisants de déclarer que nous faisons face à une épidémie, si votre propre ministre présente un programme de santé pour tous qui met vite l'accent sur la prévention et le soutien communautaire, qui est exactement ce dont il s'agit ici ce soir—si ces deux personnages de premier plan, le premier ministre et le ministre, parlent ainsi, nous devrions avoir au budget des sommes beaucoup plus considérables que celles dont on nous parle ici. Peut-être y en a-t-il beaucoup plus, mais je crois que le Comité a un urgent besoin de renseignements plus complets le plus tôt possible, car sans cela nous allons produire un rapport qui mettra notre gouvernement dans l'embarras.

**Dr Glynn:** Nous vous fournirons les chiffres.

**Le président:** Cela serait excellent. Maintenant, monsieur McCrossan, deux ou trois minutes environ.

**M. McCrossan:** Je voulais aborder la question du contrôle des drogues dites "de confection".

Je constate dans votre brochure que les carcinogènes, les quatre derniers médicaments, n'ont aucun statut juridique. Je suppose que c'est parce qu'ils sont nouveaux. Ce sont des reformulations chimiques qui produisent un effet semblable à celui d'un autre médicament, et ils ne figurent pas sur la liste des drogues d'usage restreint. De toute évidence, il y a eu un problème assez grave aux États-Unis. Dès qu'un médicament figure sur la liste d'usage restreint, quelqu'un peut produire une variante chimique qui produit des résultats presque évidents, mais dont la formule chimique est différente et qui n'est donc pas interdite.

Vous faut-il des pouvoirs plus étendus au titre de la Loi sur les produits dangereux, de la Loi des aliments et drogues ou de la Loi sur les stupéfiants pour pouvoir réagir rapidement à



[Texte]

**Dr. Glynn:** I think, Mr. Chairman, your next witness is from the Health Protection Branch, the Hazardous Drug Directorate and Dangerous Drugs Directorate, and can speak to that particular question.

**The Chairman:** Have you a second question?

**Mr. McCrossan:** No.

**The Chairman:** Dr. Glynn and Ms Pinder and Dr. Rootman, we want to thank you for being with us tonight. We would anticipate getting some more information from you regarding figures and spending estimates if we could. Perhaps we will have cause to see you back again before we come to the end of our study. We thank you for being here tonight and answering our questions.

**Dr. Glynn:** Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** We ask Mr. Dykeman to take the witness stand now, please. Mr. Dykeman, we want to welcome you to the committee tonight. We understand you are the policy analyst for the Health Protection Branch of the Department of National Health and Welfare. We look forward to your testimony. We realize you have submitted a document in advance, so perhaps you would like to take a few minutes just to summarize the salient points of it and then be ready for some questions.

**Mr. R.W. Dykeman (Policy Analyst, Bureau of Dangerous Drugs, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare):** Yes, thank you, Mr. Chairman. First I would like to thank the committee for extending an invitation to the Health Protection Branch to appear in relation to the committee's mandate to inquire into drug abuse. I would also like to add that it is indeed an honour for me to be here tonight as a branch representative.

• 2025

To preserve time for questions I would solicit the indulgence of the committee to allow me to suggest adoption of my written submission as the branch presentation, and then I could provide a brief overview.

**The Chairman:** I do not think we would want to adopt it, but I think we will certainly receive it.

**Mr. Dykeman:** Thank you.

**The Chairman:** Mr. McCrossan, a point of order?

**Mr. McCrossan:** No, I was just indicating a question I would like to pursue, the question that was not answered—

**The Chairman:** I think Mr. Dykeman communicated he wanted to give a brief overview. Is that correct?

**Mr. Dykeman:** About three minutes?

**Mr. McCrossan:** Sure.

[Traduction]

l'apparition de nouvelles substances et les placer sur la liste des drogues d'usage restreint ou contrôlées?

**Dr Glynn:** Je crois, monsieur le président, que votre prochain témoin travaille à la direction générale de la protection de la santé, direction des médicaments, bureau des drogues dangereuses et peut répondre à cette question.

**Le président:** Avez-vous une seconde question?

**M. McCrossan:** Non.

**Le président:** Docteur Glynn, madame Pinder et docteur Rootman, nous vous remercions d'être venus ce soir. Nous espérons que vous nous fournirez d'autres renseignements sur les chiffres et les prévisions de dépenses. Peut-être nous reverrons-nous avant d'en arriver à la fin de notre étude. Nous vous remercions d'être venus et d'avoir répondu à nos questions.

**Dr Glynn:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Nous demandons à M. Dykeman de bien vouloir venir témoigner. Monsieur Dykeman, nous vous souhaitons la bienvenue. On nous apprend que vous êtes analyste des politiques pour la Direction générale de la protection de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Nous avons hâte d'entendre votre témoignage. Vous avez présenté un document avant de venir; peut-être aimeriez-vous prendre quelques minutes pour en résumer les principaux points avant de répondre à quelques questions.

**M. R.W. Dykeman (analyste des politiques, Bureau des drogues dangereuses, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Oui, merci monsieur le président. Tout d'abord, j'aimerais remercier le Comité d'avoir invité la Direction générale de la protection de la santé à comparaître devant le Comité qui est chargé d'enquêter sur l'abus des drogues. J'aimerais également ajouter que c'est un grand honneur pour moi de représenter la Direction générale ici ce soir.

Pour laisser plus de temps pour les questions, je demanderai au Comité de bien vouloir adopter mon mémoire écrit à titre de présentation de la direction générale, après quoi je pourrais donner une brève vue d'ensemble.

**Le président:** Je ne crois pas qu'il y ait lieu de l'adopter, mais nous allons certainement le recevoir.

**M. Dykeman:** Merci.

**Le président:** Monsieur McCrossan, un rappel du règlement?

**M. McCrossan:** Non, il s'agissait tout simplement d'une question à laquelle j'aimerais donner suite, la question qui n'a pas reçu de réponse...

**Le président:** Je crois que M. Dykeman a dit qu'il aimerait donner une brève vue d'ensemble. Est-ce bien cela?

**M. Dykeman:** Environ trois minutes?

**M. McCrossan:** Bien sûr.

[Text]

**Mr. Dykeman:** By way of introduction, the committee has had before it in the last few weeks representatives of various departments and others who have spoken of what are commonly referred to as illicit street drugs. The RCMP and customs officials have dealt with distribution of these drugs in the national and international context, and with their supply reduction efforts. On the other hand, Dr. Glynn has just spoken of the Health Promotion Branch and its activities. Other witnesses have spoken of treatment.

I do not intend to touch on these matters. I propose to deal exclusively with drugs from another source, and these are drugs which are diverted from our health care delivery system, and to touch briefly on the cost to society of activities related to this increasingly important source of drugs for misuse. I shall attempt to convey to the committee the operational philosophy which guides branch programs with respect to prevention of drug diversion, and to touch upon issues currently of most concern to the branch.

The branch has had primary responsibility for implementation of the administration of drug-control legislation for about 65 years. This is one of the oldest functions of the department and is indicative of the long-standing Canadian view that drug abuse is a health and social problem rather than exclusively a criminal or moral one. Currently, responsibility for diversion and prevention lies with the Bureau of Dangerous Drugs.

The task facing the bureau may be put into perspective by considering that Canada has approximately 70,000 physicians, dentists, and veterinarians who last year issued approximately 4.6 million prescriptions for narcotic and controlled drugs. These prescriptions were filled in 5,800 pharmacies. The drugs to fill these prescriptions were supplied to the pharmacies by approximately 300 licenced dealers, who generated \$1.2 million wholesale transactions.

Last year's imports of narcotics and controlled drugs for medical and scientific purposes had an estimated street value of \$1 billion. These drugs ranged from potent analgesics such as hydromorphone to central stimulants such as methylphenidate, to older, sedative hypnotics—methaqualone and the barbiturates.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, just on a point of order, it might be helpful also if we had—I guess we can get one when the *Hansard* comes out—but if he has copies of the summary, it would be helpful also.

**Mr. Dykeman:** The summary, certainly.

**Ms Copps:** Thank you.

**Mr. Dykeman:** Bureau activities with respect to diversion control recognize the central role of these drugs in health care. Reconciliation of diversion control requirements with the need to limit any obstacle to the reasonable supply and use of these

[Translation]

**M. Dykeman:** En guise d'introduction, le Comité a entendu ces dernières semaines des représentants de divers ministères et d'autres personnes qui ont parlé de ce que l'on appelle communément les drogues illicites. La GRC et les fonctionnaires des douanes ont parlé de la distribution de ces drogues aux paliers national et international et de leur tentative de réduction des approvisionnements. Par ailleurs, le Dr Glynn vient de parler de la direction générale de la Promotion de la santé et de ses activités. D'autres témoins ont parlé de traitement.

Je n'ai pas l'intention de traiter de ces questions. Je me propose de parler exclusivement de drogues provenant d'une autre source, soit celles qui sont détournées de notre système de prestations des soins de santé, et de traiter brièvement du coût que représentent pour la société les activités liées à cette source de plus en plus importante de drogues destinées à un usage illicite. Je vais tenter de faire comprendre au Comité les principes qui guident la direction générale dans ses activités et programmes en matière de prévention du détournement des médicaments, et je traiterai brièvement des questions auxquelles la direction générale s'intéresse surtout à l'heure actuelle.

C'est à la direction générale que revient la responsabilité première de l'application des lois sur le contrôle des drogues depuis environ 65 ans. C'est une des plus anciennes fonctions du ministère, et ce fait montre bien que l'on croit depuis longtemps au Canada que l'abus des drogues est un problème social et un problème de santé, et non uniquement un problème pénal ou moral. Présentement, c'est le Bureau des drogues dangereuses qui est chargé de la prévention du détournement.

Pour replacer dans une juste perspective la tâche du bureau, mentionnons que le Canada compte environ 70,000 médecins, dentistes et vétérinaires, qui ont émis l'an dernier environ 4,6 millions d'ordonnances de narcotiques et de médicaments contrôlés. Ces ordonnances ont été remplies dans 5,800 pharmacies. Les médicaments nécessaires ont été fournis aux pharmacies par environ 300 vendeurs licenciés, dont le chiffre d'affaires au niveau du gros était de 1,2 million de dollars.

La valeur de revente illicite des médicaments contrôlés et des narcotiques importés l'an dernier à des fins médicales et scientifiques s'établissait à 1 milliard de dollars. Ces drogues couvraient toute la gamme, depuis des analgésiques puissants comme l'hydromorphone jusqu'à des stimulants du système nerveux central comme le méthylphénédate, des hypnotiques sédatifs plus anciens, comme le méthaqualone et les barbituriques.

**Mme Copps:** Monsieur le président, pour un rappel au règlement. Il pourrait être utile qu'on nous communique les copies du résumé—je suppose que nous pourrions en obtenir quand le *Hansard* sera publié.

**M. Dykeman:** Le résumé, certainement.

**Mme Copps:** Merci.

**M. Dykeman:** Le Bureau, dans ses activités de contrôle du détournement, tient compte du rôle central que jouent ces médicaments dans les soins de santé. Tous les jours, le Bureau doit faire face au défi de concilier des exigences centrées dictées: le contrôle du détournement et la limitation des



## [Texte]

drugs for medical and scientific purposes is the bureau's daily challenge.

Diversion of drugs from the health delivery system may take place in several different ways—for example, theft and armed robberies. One recent example involves the armed robbery of a licenced dealer in Montreal of a large quantity of Pentazocine, which is a drug that is commonly misused in the west. Reports of injection of crushed oral tablets of this drug, which leads to talc emboli and morbidity and mortality, are not uncommon.

Losses in transit and other unexplained losses constitute other means, as do forged prescriptions and impersonation of health professionals for telephone orders. Receipt of prescriptions for these drugs from several practitioners—doctor shopping—constitutes another means. If I may be permitted an extreme example, one case of visitation of approximately 300 physicians by a team of traffickers who presented the prescriptions at 1,100 pharmacies and obtained 40,000 hydromorphone tablets with an approximate street value of \$2 million was uncovered some time ago.

Less startling diversions occur daily. These drugs are also diverted through irresponsible and inappropriate issuance of prescriptions by practitioners. These last two diversion methods introduce an additional element to the health and social costs that may be attributed to drug abuse. These transactions masquerade as the provision of health care and waste scarce resources. Medicare and third-party prescription payments compound the cost. Such cases are extremely difficult to detect and often difficult to resolve.

• 2030

That concludes my introductory remarks. I am at your disposal, Mr. Chairman, and would be pleased to answer any questions I can.

**The Chairman:** Thank you very much. I will recognize Mr. McCrossan first, who has to leave, and then you, Ms Copps. Mr. McCrossan.

**Mr. McCrossan:** The area you mentioned you wanted to deal with was not the area I asked my question about, but perhaps you would care to answer it. Then I have one in the area that you did deal with.

**Mr. Dykeman:** Certainly. Yes, the bureau deals with scheduling, so we are intimately concerned with the designer drug problem.

**Mr. McCrossan:** Is this strictly a regulation problem or is it an act problem? Can you put these things in regulations, as prohibited drugs, as fast as you can identify them?

**Mr. Dykeman:** The approach to scheduling can be one of two, or a mixture of both. The Americans have taken in the past a non-anticipatory approach to scheduling: as the problem

## [Traduction]

obstacles à un approvisionnement et à une utilisation raisonnables de ces médicaments à des fins médicales et scientifiques.

Le détournement de médicaments du système de prestations des soins de santé peut se faire de diverses façons—par exemple, le vol et le vol à main armée. Ainsi, on a récemment volé à main armée chez un titulaire de permis de Montréal une grande quantité de Pentazocine. Il s'agit d'un médicament dont l'abus est fréquent dans l'Ouest. Il n'est pas rare qu'on signale l'injection de comprimés écrasés de cette drogue, qui entraîne l'embolie causée par le talc, la morbidité et la mort.

Les pertes en cours de transit et d'autres pertes inexplicables constituent d'autres moyens, tout comme les fausses ordonnances et l'usurpation de l'identité de professionnels de la santé pour des commandes téléphoniques. Une autre façon consiste à obtenir des ordonnances de plusieurs médecins. Pour citer un exemple extrême, on a découvert il y a quelque temps un cas où environ 300 médecins avaient été visités par une équipe de trafiquants. Ceux-ci ont présenté les ordonnances à 1,100 pharmacies et obtenu 40,000 comprimés d'hydromorphone, dont la valeur approximative au détail s'établissait à 2 millions de dollars.

Des détournements moins spectaculaires se produisent chaque jour. Il y a également des détournements dus à des médecins délivrant des ordonnances irresponsables et injustifiées. Ces deux dernières méthodes de détournements introduisent à un nouvel élément des coûts de santé et des coûts sociaux attribuables à l'abus des drogues. Ces transactions sont déguisées en prestations de soins de santé et constituent un gaspillage de ressources rares. L'assurance médicaments et les paiements d'ordonnances délivrées à des tiers ajoutent encore au coût. Ces cas sont extrêmement difficiles à déceler et souvent difficiles à résoudre.

C'est là tout ce que je voulais dire en guise d'introduction. Je me tiens à votre disposition, monsieur le président et je répondrai avec plaisir aux questions dans la mesure de mes moyens.

**Le président:** Merci beaucoup. Je donne d'abord la parole à M. McCrossan, qui doit partir, puis à vous, madame Copps. Monsieur McCrossan.

**M. McCrossan:** Ma question ne porte pas sur le domaine dont vous vouliez parler, mais peut-être voudrez-vous y répondre. Ensuite, j'ai une seconde question dans le domaine dont vous avez effectivement traité.

**M. Dykeman:** Certainement. Oui le bureau s'occupe effectivement des annexes, de sorte que le problème des drogues de confection nous concerne directement.

**M. McCrossan:** S'agit-il uniquement d'un problème de réglementation, ou le problème tient-il à la loi? Vous est-il possible d'interdire ces médicaments par règlement dès que vous les découvrez?

**M. Dykeman:** Deux méthodes sont possibles, qui s'utilisent seules ou ensemble. Les Américains ont réagi par le passé au coup par coup c'est-à-dire qu'ils ajoutent le médicament à la



[Text]

arises you add the drug is their approach. They found themselves in the position of having to chase kitchen chemists.

With respect to the Narcotic Control Act in Canada, the Narcotic Control Act schedule anticipates through inclusion of derivatives and isomers and to some extent similar substances and incorporates them not by name but by reference compared to the Food and Drugs Act, schedule G, which does not anticipate amphetamines. Schedule J has in some instances an anticipatory component.

So our legislation has always been different from the Americans, although there may be circumstances where someone will design a drug that does not fit on our schedules, that we cannot point to one of them and say it has fallen between the cracks because it is not a derivative of this, or it is not a derivative of that, it is something totally new. There may be instances like that, but we constantly apply our minds to ways to describe these things in a sufficiently generic way as to catch them yet not inconvenience the chemical industry, for instance.

**Mr. McCrossan:** I will come to the main point of your presentation, which had to do with the diversion of legitimately prescribed drugs for illicit purposes or undesirable purposes. A primary way of attacking this problem is to control the prescriber. Is the department or the HPB taking any steps to bring cases of physician abuse in terms of over-prescribing to the respective provincial colleges of physicians? Are you actively following an enforcement procedure at the physician level? If not, why not?

**Mr. Dykeman:** The bureau has a very active program in that regard. Reference to the regulations indicates that the Minister has authority to provide information that he has received for program purposes to the colleges in the process of consultation with the colleges. The Minister does this if he is of the opinion that a notice should be sent to licensed dealers and to pharmacists indicating that they should no longer fill the prescriptions of a particular physician or practitioner, if you like. So the bureau does have a very active program in terms of providing information to the provincial licensing bodies in appropriate cases. The bureau also has an ability to move unilaterally after consultation.

**Mr. McCrossan:** Most professions in discipline procedures have a grading from admonishment to warnings to discipline in terms of lack of removal of licences. What co-operation are you getting from the provincial colleges of physicians in terms of say serious action as opposed to the slap on the wrist?

**Mr. Dykeman:** I think the branch has always been very fortunate in its relations with the health disciplines, including medicine. The individuals who have occupied the offices within the provinces have always been very sensitive to our concerns, and we have attempted to be equally sensitive to theirs. Their co-operation can generally be described as excellent with respect to these matters. When we bring information, because of the nature of the information they do react.

[Translation]

liste au moment où se pose le problème. Ils se sont ainsi trouvés dans l'obligation de pourchasser des chimistes travaillant dans leur cuisine.

Pour ce qui est de la Loi sur les stupéfiants du Canada, l'annexe fait des prévisions en mentionnant des dérivés et des isomères, et, dans une certaine mesure, des substances semblables, qui sont incluses non par leur nom mais par renvoi, en comparaison de l'annexe G de la Loi des aliments et drogues, qui ne prévoit pas les amphétamines. L'annexe J comporte dans certains cas un élément d'anticipation.

Notre législation a donc toujours été différente de celle des Américains, bien qu'il puisse arriver que quelqu'un conçoive un médicament qui échappe à nos annexes, qui se trouve pour ainsi dire entre deux chaises parce que ce n'est pas un dérivé de ceci ou de cela, mais quelque chose d'entièrement neuf. Il peut y avoir des cas de ce genre, mais nous nous efforçons constamment de trouver des façons de décrire ces choses d'une façon assez générique pour que ces médicaments tombent sous le coup de la loi sans pour autant gêner, par exemple, l'industrie des produits chimiques.

**M. McCrossan:** J'en viens à l'essentiel de votre exposé, qui porte sur le détournement des médicaments prescrits légitimement à des fins illicites ou indésirables. Une des premières façons de s'attaquer à ce problème est de contrôler la personne qui rédige l'ordonnance. Est-ce que le ministère ou la Direction générale de la protection de la santé prend des mesures pour porter à l'attention des collèges des médecins des diverses provinces les cas de médecins qui abusent des ordonnances? Avez-vous mis en place une procédure active d'application au niveau du médecin? Dans le cas contraire, pourquoi pas?

**M. Dykeman:** Le bureau dispose d'un programme très actif à cet égard. Selon le règlement, le ministre a dans le cadre du programme le pouvoir de fournir les renseignements reçus aux collèges des médecins, avec lesquels il se tient en contact. Le ministre le fait s'il estime qu'une note devrait être envoyée aux titulaires de permis et aux pharmaciens, les avisant qu'ils ne devraient plus exécuter les ordonnances de tel ou tel médecin ou praticien. Le bureau dispose donc d'un programme très actif permettant de transmettre l'information aux organismes provinciaux dans les cas où cela est justifié. Le bureau peut aussi agir unilatéralement après consultation.

**M. McCrossan:** Dans la plupart des professions, les mesures disciplinaires couvrent toute une gamme depuis la réprimande et l'avertissement jusqu'à la radiation. Quelle collaboration obtenez-vous des collèges des médecins des provinces; prennent-ils des mesures sérieuses ou uniquement symboliques?

**M. Dykeman:** Je crois que la Direction générale a toujours eu beaucoup de succès dans ses relations avec les disciplines de la santé, y compris la médecine. Les personnes qui détiennent ces postes dans les provinces ont toujours réagi à nos préoccupations, et nous avons de la même façon tenté de tenir compte des leurs. Leur collaboration est en général excellente à l'égard de ces questions. Lorsque nous leur transmettons des informations, ils réagissent en raison de la nature de ces informations.

• 2035

I can think of several examples. One example is Dr. Grosser, charged by a professional licensing body with incompetence in relation to the issuance of prescriptions for narcotic and controlled drugs. That charge was based on, among other things, information provided to the college by the department. Based on the evidence before it, which included an expert interpreting the information, the committee concluded that the doctor had made amateurish attempts to treat persons dependent upon drugs and that this was totally inappropriate. The system picked him up and we provided the information. The committee concluded that the doctor's licence to practice medicine should be revoked, and they revoked it.

**Mr. McCrossan:** I have finished my questioning. I would like to thank the opposition for indulging me. The Finance Committee is starting at 8.30 p.m. tonight, so I have to rush over there for the rest of the evening.

**The Chairman:** Thank you, Mr. McCrossan. Ms Copps.

**Ms Copps:** You mentioned in your presentation that you are generating \$5.2 million in revenue in relation to the collection of fines and disposition of all drugs and assets. What is the cost of the 125 person-years in the Bureau of Dangerous Drugs?

**Mr. Dykeman:** Are you talking in terms of operational support dollars, are you talking about payroll dollars or . . . ?

**Ms Copps:** You have sort of broken it down. What is the budget of the Bureau of Dangerous Drugs?

**Mr. Dykeman:** Did you want it netted? Were you asking me to net it for you? It is netted in the estimates. I believe it was \$11 million, but I suppose I should refer to—

**Ms Copps:** Would that also include—

**Mr. Dykeman:** —the estimates last year.

**Ms Copps:** —the Bureau of Human Prescription Drugs?

**Mr. Dykeman:** No.

**Ms Copps:** Is it just the Bureau of Dangerous Drugs? What is the . . . ?

**Mr. Dykeman:** The 125 person-years are persons within the Bureau of Dangerous Drugs, which is the bureau exclusively concerned with those matters. The collection of the fines is also part of the program responsibility.

**Ms Copps:** Right. Therefore, what would be the overall budget for the Bureau of Dangerous Drugs in 1986-87?

**Mr. Dykeman:** I can refer to the number. I believe it is somewhere around \$11 million, roughly. I can confirm it.

**Ms Copps:** It is therefore a little under half, presumably subsidized by what you collect.

**Mr. Dykeman:** Yes.

J'ai plusieurs exemples en mémoire, notamment celui du Dr Grosser, accusé d'incompétence par un organisme provincial en matière d'ordonnance portant sur des narcotiques et des médicaments contrôlés. L'accusation se fondait, entre autres, sur les renseignements transmis au collège par le ministère. D'après la preuve soumise, qui comprenait l'interprétation des renseignements par un expert, le comité a conclu que le médecin avait tenté, en amateur, de traiter des toxicomanes et que cela était tout à fait inapproprié. Le système a réagi sur nos informations. Le comité a conclu qu'il fallait révoquer le permis de ce médecin, et l'a effectivement fait.

**M. McCrossan:** J'ai fini mes questions. Je remercie l'opposition de m'avoir accommodé. Le Comité des finances commence à 20h30 ce soir, et je dois m'y rendre en vitesse pour le reste de la soirée.

**Le président:** Merci, monsieur McCrossan. Madame Copps.

**Mme Copps:** Vous avez dit dans votre exposé que vous ramassez des recettes de l'ordre de 5,2 millions de dollars par la perception des amendes ainsi que par la vente des médicaments et des actifs. Quel est le coût des 125 années-personnes du Bureau des drogues dangereuses?

**M. Dykeman:** Parlez-vous du soutien opérationnel, des traitements, ou . . . ?

**Mme Copps:** Vous nous avez donné la ventilation. Quel est le budget du Bureau des drogues dangereuses?

**M. Dykeman:** Voulez-vous des chiffres nets? Me demandez-vous de produire des chiffres nets pour vous? Les chiffres sont nets dans le budget des dépenses. Je crois que c'est de l'ordre de 11 millions de dollars, mais je suppose que je devrais consulter . . .

**Mme Copps:** Est-ce que cela comprend également . . .

**M. Dykeman:** . . . le budget des dépenses de l'an dernier.

**Mme Copps:** . . . le Bureau des médicaments humains prescrits?

**M. Dykeman:** Non.

**Mme Copps:** S'agit-il uniquement du Bureau des drogues dangereuses? Quel est le . . . ?

**M. Dykeman:** Les 125 années-personnes font partie du Bureau des drogues dangereuses, qui seul s'occupe de ces questions. La perception des amendes fait également partie du programme.

**Mme Copps:** D'accord. Donc, quel serait le budget global du Bureau des drogues dangereuses pour 1986-1987?

**M. Dykeman:** Je pourrais trouver le chiffre. Je crois qu'il se situe aux environs de 11 millions de dollars. Je pourrais le confirmer.

**Mme Copps:** Il est donc financé pour un peu plus de la moitié, vraisemblablement, par ce que vous percevez.

**M. Dykeman:** Oui.



*[Text]*

**Ms Copps:** Now, I am a little bit unclear as to how you control the distribution of narcotic and controlled drugs to the 70,000 practitioners. Is the monitoring primarily through the college?

**Mr. Dykeman:** No, the monitoring system is first of all mandated by international obligations under the single convention with respect to narcotics. It requires that licensed dealers, first of all, import only pursuant to a permit and the bureau is requested to supply that permit before the import comes in.

**Ms Copps:** I am thinking in terms of distribution, not import.

**Mr. Dykeman:** Okay. We can move down from there. The importer, a licensed dealer in Canada, and wholesalers who are also licensed dealers, file reports with us of their wholesale transactions; those reports are screened. The wholesale transactions are logged into the pharmacies and into the physicians. The dispositions from the pharmacy, at the retail level, in terms of prescriptions, are then reported to us. We can therefore trace the drugs, as we are obligated to do, all the way from the border to the time they are finally given to the ultimate consumer, the patient.

**Ms Copps:** Would the people involved in that practice be included in your 125 person-years?

**Mr. Dykeman:** That is correct, yes.

**Ms Copps:** If you go over to the second function, the Bureau of Human Prescription Drugs, you only have eight person-years set aside to ensure compliance with safety and efficacy requirements.

**Mr. Dykeman:** I should perhaps explain the safety and efficacy requirements. Safety and efficacy versus control. The safety and efficacy is the approval of new drug submissions. In terms of control function, the Bureau of Human Prescription Drugs really has no control function per se, other than to give advice to the Bureau of Dangerous Drugs from their base of experts, if you like, in matters of pharmacology, etc., related to these drugs that would be relevant for control decisions.

• 2040

**Ms Copps:** What about the Bureau of Drug Research? You have 13 person-years allocated to that.

**Mr. Dykeman:** The Bureau of Drug Research operates an analytical program. It makes standards for all of the drugs that are analysed by the analysts. It is a fairly involved process to make those standards and to verify and authenticate them. They also do regional lab work here for this area in the Ottawa-Hull region. So they act like a field operations directorate lab in the rest of Canada.

**Ms Copps:** But presumably they would be doing research into all new drugs coming into the marketplace.

*[Translation]*

**Mme Copps:** Je ne sais pas trop bien comment vous contrôlez la distribution des narcotiques et des médicaments contrôlés aux 70,000 praticiens. Est-ce que le contrôle se fait surtout par l'entremise du Collège des médecins?

**M. Dykeman:** Non, le système de contrôle relève d'abord des obligations internationales en vertu de la seule convention en matière de narcotiques. En premier lieu, les titulaires de permis ne peuvent faire d'importations qu'en fonction de leur permis, et le bureau doit émettre ce permis avant l'importation.

**Mme Copps:** Je pense à la distribution et non à l'importation.

**M. Dykeman:** D'accord. Nous pouvons poursuivre à partir de là. L'importateur, détenteur d'un permis canadien, et les grossistes, qui sont également détenteurs de permis, nous présentent des rapports de leurs transactions de gros; ces rapports sont examinés. Les transactions de gros sont suivies chez les pharmaciens et les médecins. Les ordonnances exécutées au niveau du détail dans les pharmacies nous sont alors déclarées. Nous sommes donc en mesure de retracer les médicaments, comme nous y sommes obligés, depuis la frontière jusqu'au moment où ils sont remis au consommateur ultime, le patient.

**Mme Copps:** Est-ce que les personnes engagées dans ce travail font partie de vos 125 années-personnes?

**M. Dykeman:** C'est exact, oui.

**Mme Copps:** Pour en venir à la seconde fonction, le Bureau des médicaments humains prescrits, seulement huit années-personnes sont consacrées à l'application des exigences en matière de sécurité et d'efficacité.

**M. Dykeman:** Il me faudrait peut-être expliquer les exigences en matière de sécurité et d'efficacité, qu'il faut distinguer du contrôle. La sécurité et l'efficacité portent sur l'approbation de nouveaux médicaments. Pour ce qui est de la fonction de contrôle, le Bureau des médicaments humains prescrits n'a aucun rôle à cet égard, si ce n'est que ses experts conseillent le Bureau des drogues dangereuses pour des questions de pharmacologie, etc., liées à ces médicaments et qui pourraient intéresser les décisions en matière de contrôle.

**Mme Copps:** Qu'en est-il du Bureau de recherche sur les médicaments? Il compte 13 années-personne.

**M. Dykeman:** Le Bureau de recherche sur les médicaments a un programme analytique. Il prépare des normes pour tous les médicaments analysés par les analystes. L'élaboration, la vérification et l'authentification des normes est un processus assez compliqué. Ce Bureau fait également du travail régional de laboratoire pour la région d'Ottawa-Hull. Ils servent de laboratoire pour la direction des opérations régionales dans le reste du Canada.

**Mme Copps:** Mais je suppose que ce Bureau fait de la recherche sur tous les nouveaux médicaments qui entrent sur le marché.



[Texte]

**Mr. Dykeman:** The PYs that are reported there are confined to activities related to drug control or to do with psycho-active drugs, if you like. The numbers are designed to give you a true picture of how many people are actually involved in activities that document describes, rather than those that inhabit the—

**Ms Copps:** What do they do?

**Mr. Dykeman:** They are researchers. They are analytical chemists. They give us advice on scheduling decisions.

**Ms Copps:** Scheduling for what?

**Mr. Dykeman:** Drug scheduling decisions. How does one name—

**Ms Copps:** What kinds of drug scheduling decisions?

**Mr. Dykeman:** First of all, when you have a problem with a drug and you want to put it on a schedule, you have to get a name for it. The naming of the compound can be very difficult. It is a technical problem. These people do the research as to how one appropriately names the compound.

**Ms Copps:** This is a new drug coming onto the market.

**Mr. Dykeman:** No. This could be like the drug that was found in the market the other day. Someone was selling it and said it was not a scheduled drug. Lo and behold, he was right; it was not. We scurried around very quickly and walked an order through—

**Ms Copps:** To make it a scheduled drug?

**Mr. Dykeman:** To make it a scheduled drug, that is right. And we had to name it. It was colloquially known as MEM. I will not bore you with the long name; it is three feet long now and it has alphas and betas and everything else in it.

**Ms Copps:** If you have all these . . . But that is a designer drug that came onto the marketplace recently.

**Mr. Dykeman:** That is right. Yes.

**Ms Copps:** So are you looking only at designer drugs in this bureau, or what else are you looking at?

**Mr. Dykeman:** No, no. They look at all drugs. Their mandate is to provide the expert advice that is necessary in order to name the drug properly, so when you put it on the schedule anybody who is an expert in the field can sit down and draw it and when they finish they will all have the same picture. They will all have the same molecular structure. That's one thing they do. In order to get there you have to analyse the drug.

For instance, MEM had to be analysed in order to figure out what it was, in order that we could describe it in a proper way. That entailed mass spectroscopy and all of the gaschromatographs, all of the lab equipment brought to bear in a proper order to arrive at where the bonds were and what different molecules were in there or what different atoms were in the molecule and what the structure, the spatial relationship of those atoms within the molecule was.

[Traduction]

**M. Dykeman:** Les années-personne déclarées ici portent uniquement sur les activités liées au contrôle des drogues ou aux médicaments psycho-actifs, si vous préférez. Il s'agit de donner une image juste du nombre de personnes qui participent effectivement aux activités décrites dans le document, plutôt que de ceux qui habitent . . .

**Mme Copps:** Qu'est-ce qu'ils font?

**M. Dykeman:** Ce sont des chercheurs, des chimistes analytiques. Ils nous conseillent sur les décisions relatives aux annexes.

**Mme Copps:** Quelles annexes?

**M. Dykeman:** Les annexes touchant les médicaments et les drogues. Comment appelle-t-on . . .

**Mme Copps:** De quelle sorte de décisions s'agit-il?

**M. Dykeman:** En premier lieu, quand il y a un problème à l'égard d'un médicament et qu'on veut l'inscrire à une annexe, il faut trouver un nom. Il peut être très difficile de nommer le composé; c'est un problème technique. Ces gens font la recherche quant au nom qui convient pour le composé.

**Mme Copps:** Il s'agit de nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché.

**M. Dykeman:** Non. Il pourrait s'agir, par exemple, du médicament découvert sur le marché l'autre jour. Quelqu'un en vendait et déclarait que ce médicament ne figurait à aucune annexe. Et il avait raison. Nous avons agi très rapidement, et par une ordonnance . . .

**Mme Copps:** Pour inscrire le médicament à une annexe?

**M. Dykeman:** Pour l'inscrire à une annexe, c'est bien cela. Nous avons dû trouver un nom. On appelait familièrement ce médicament MEM. Je ne vous ennuierai pas en vous récitant le nom complet, il n'en finit plus, il est rempli d'alpha, de bêta et de choses de ce genre.

**Mme Copps:** Si vous avez tous ces . . . Mais il s'agit d'un médicament de confection récemment arrivé sur le marché.

**M. Dykeman:** C'est exact. Oui.

**Mme Copps:** Ainsi, vous n'examinez que les médicaments de confection dans ce bureau, ou examinez-vous autre chose?

**M. Dykeman:** Non, non. Ils examinent tous les médicaments. Leur mandat est de fournir des conseils d'experts nécessaires pour nommer le médicament correctement, de sorte qu'une fois qu'il est inscrit à une annexe, tous les experts du domaine peuvent le dessiner, et à la fin ils auront tous la même image. Ce sera toujours la même structure moléculaire. C'est cela qu'ils font. Pour en arriver là, il faut analyser le médicament.

Par exemple, il a fallu analyser le MEM pour découvrir ce que c'était, pour pouvoir le décrire, convenablement. Il a fallu recourir à la spectroscopie et au chromatographe, à tout le matériel de laboratoire pour en arriver à savoir où sont les liens, quelles molécules le produit comporte, quels atomes composent la molécule et quelle en est la structure, quelles sont les relations spatiales de ces atomes à l'intérieur de la molécule.

[Text]

**Ms Copps:** Is 13 person-years adequate to be able to do that? What is your backlog?

**Mr. Dykeman:** I do not think I could answer that tonight. I do not have that kind of figure with me.

**Ms Copps:** If I were to come in tomorrow with a new drug that I wanted to have approved or whatever, put on the schedule, how long would it take me?

**Mr. Dykeman:** Are you thinking of it in terms of the drug manufacturer coming in with a new drug?

**Ms Copps:** Yes.

**Mr. Dykeman:** Okay. From my point of view, within the confines of the activity that I am trying to describe, that question would apply equally to antibiotics or any other drug, whether they were controlled drugs or scheduled drugs or any other kind of drug. I am not certain what the backlog is in that total system.

**Ms Copps:** Could you give us an average? Would it take six months, a year, two years?

• 2045

**Mr. Dykeman:** I prefer not to speculate on the number. If you wish, I can obtain it.

**Ms Copps:** Could you provide us with that? I do not know much about it, but 13 person-years seems a small number.

**Mr. Dykeman:** I am sorry. We are talking about a different bureau. We are talking about apples and oranges here.

**Ms Copps:** Which bureau are you talking about?

**Mr. Dykeman:** I am talking about the bureau of prescription drugs, the bureau you go to when you want to get your new drug on the market.

**Ms Copps:** They have only eight person-years.

**Mr. Dykeman:** For phyco-active drugs, yes. I believe their number is closer to 40 for drugs in total. I would not want to speculate because I do not have the number with me.

**Ms Copps:** In your presentation you say it is eight person-years for provision of the advice in relation to dependence liability of newly marketed psycho-active drugs.

**Mr. Dykeman:** Yes, confined just to processing applications.

**Ms Copps:** How many would come in? With the information here, it seems like a small number. If you are getting hundreds of applications, I do not know how you are keeping control. In the previous numbers, you are suggesting there is a potential for abuse because there are 70,000 practitioners, etc. The bureau received reports on 1.2 million wholesale transactions last year and there were 4.6 million reports of retail sales transactions. In terms of the person-years, it seems 125 person-years is a small number to monitor all that.

**Mr. Dykeman:** There is no one to one correspondence between the PYs and what one can accomplish in terms of

[Translation]

**Mme Copps:** Est-ce que 13 années-personne suffisent à faire cela? Quel est votre arriéré?

**M. Dykeman:** Je ne crois pas pouvoir répondre à cela ce soir. Je n'ai pas ces chiffres avec moi.

**Mme Copps:** Si je me présentais demain avec un nouveau médicament et que je voulais le faire approuver ou inscrire à l'annexe, combien de temps me faudrait-il?

**M. Dykeman:** Pensez-vous au fabricant qui présente un nouveau médicament?

**Mme Copps:** Oui.

**M. Dykeman:** D'accord. À mon point de vue, dans le cadre de l'activité que je tente de décrire, la question s'appliquerait tout aussi bien aux antibiotiques ou à n'importe quel autre médicament, qu'il s'agisse d'un médicament contrôlé ou figurant à une annexe ou de tout autre médicament. Je ne suis pas certain de l'arriéré pour l'ensemble du système.

**Mme Copps:** Pourriez-vous nous donner une moyenne? Faudrait-il six mois, un an, deux ans?

**M. Dykeman:** Je préfère ne pas formuler d'hypothèse quant au chiffre. Je peux l'obtenir si vous le désirez.

**Mme Copps:** Voudriez-vous nous le communiquer? Je ne m'y connais pas beaucoup, mais 13 années-personne, cela me semble très peu.

**M. Dykeman:** Je regrette, nous parlons d'un autre bureau, nous parlons ici de pommes et d'oranges.

**Mme Copps:** De quel bureau parlez-vous?

**M. Dykeman:** Je parle du bureau des médicaments prescrits, celui où l'on s'adresse pour la mise en marché d'un nouveau médicament.

**Mme Copps:** Il n'a que 8 années-personne.

**M. Dykeman:** Pour les médicaments psychoactifs, oui. Je crois que le chiffre est plus près de 40 dans l'ensemble. Je ne voudrais pas formuler d'hypothèse, je n'ai pas les chiffres ici.

**Mme Copps:** Dans votre exposé vous dites qu'il y a 8 années-personne pour les conseils relatifs au potentiel de dépendance des psychotropes nouvellement mis en marché.

**M. Dykeman:** Oui, uniquement pour le traitement des demandes.

**Mme Copps:** Combien y en a-t-il d'ordinaire? Compte tenu des renseignements que nous avons ici, cela semble peu. Si vous recevez des centaines de demandes, je ne vois pas comment vous pouvez garder le contrôle. Dans les chiffres précédents, vous laissez entendre qu'il y a possibilité d'abus parce qu'il y a 70,000 praticiens, etc... Le bureau a reçu des déclarations portant sur 1,2 million de transactions en gros l'année dernière, et il y a 4,6 millions de transactions de détail. Il me semble que 125 années-personne soient bien peu pour contrôler tout cela.

**M. Dykeman:** Il n'y a pas de correspondance univoque entre les années-personne et ce que l'on peut accomplir à l'égard d



[Texte]

those types of transactions. It fails to take into account the computer component and the enhancement of the computer component.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Copps. We will move on to Ms Mitchell.

**Ms Mitchell:** I do not have any profound questions. I do not know if it is because I am so jet-lagged. I would like to ask you to explain. I think your thesis has been that drug abuse is a health and social problem, rather than a criminal matter. You say:

A co-ordinated, balanced supply reduction, demand reduction and treatment approach is necessary to ensure that any social harm which may arise from a unidimensional criminal enforcement approach is minimized.

In ordinary language and community terms, could you please explain what that means?

**Mr. Dykeman:** You have two sources of drugs. I do not like the term, but I will use it. There is the illicit source, the street source, powder in bags, men with little scales and that sort of thing. You have that source and another source, the drug stores and licenced dealers. They have their drugs too, but they are in tablets and bottles and labelled properly. The heroin, the diacetylmorphine on the street, is the same diacetylmorphine in the bottle with the proper label on it.

If one were to decide unilaterally to pour everything into enforcement, close the streets down in terms of drugs, one has to set up flying squads to handle the drugstore break-ins. This is not a new phenomenon. It has been observed historically. They had to do it in the 1920s.

When you push in one direction, you are going to get a reaction in the other direction. The problem has to be tamped down from all sides simultaneously. If you push very strongly on any one component, you disturb the equilibrium and create a social problem. Balance and co-ordination are essential.

The department has had a long history of this. We have had a long operational liaison with the RCMP. We have had excellent relations with the provincial licensing bodies. All the other activities related to drug abuse are at least within our contemplation when we are making decisions about how to deal with particular matters. The balance and co-ordination is very important because of that problem.

• 2050

**Ms Mitchell:** Those are all supply reduction considerations, are they not? What about the demand reduction? What do you advocate there?

**Mr. Dykeman:** Demand reduction really is not within my purview. Dr. Glynn has spoken about it. What I would say is that demand reduction, including that carried on by Dr. Glynn

[Traduction]

transactions de ce genre. Cela ne tient pas compte de l'élément informatique ni de l'amélioration de cet élément.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Copps, nous passons à M<sup>me</sup> Mitchell.

**Mme Mitchell:** Je n'ai pas de question supérieurement intelligente. C'est peut-être en raison du décalage horaire. J'aimerais vous demander d'expliquer. Je crois que votre thèse est que l'abus des drogues est un problème social, plutôt qu'une question pénale. Vous dites:

Il est nécessaire de coordonner et d'équilibrer les efforts en vue d'aboutir à une réduction de l'offre, à une réduction de la demande et à un traitement efficace des toxicomanes afin de réduire au minimum les conséquences néfastes pour la société d'une approche uniquement axée sur la criminalisation du problème des drogues.

Pourriez-vous expliquer ce que cela signifie en termes ordinaires et en langage de tous les jours?

**M. Dykeman:** Il y a deux sources de drogues. Je n'aime pas ce terme, mais je m'en servirai. Il y a la source illicite, la rue, la poudre blanche dans des sacs, les gens avec leur petite balance, tout cela. Mais il y a aussi une autre source, les pharmacies et les titulaires de permis. Eux aussi ont des drogues, mais elles sont sous forme de comprimés et de fioles, et elles sont bien étiquetées. L'héroïne, la diacétylmorphine qu'on trouve dans la rue est la même que celle qu'on trouve dans un emballage bien étiqueté.

Si l'on décidait unilatéralement de tout consacrer à l'application de la loi, si l'on voulait faire cesser le commerce de la drogue dans la rue, il faudrait créer des équipes volantes pour s'occuper des effractions dans les pharmacies. Ceci n'est pas un phénomène nouveau, on l'observe depuis longtemps. Il fallait le faire dans les années 1920.

Quand on pousse dans un sens, on obtient une réaction dans l'autre sens. Il faut s'attaquer au problème de tous les côtés à la fois. Si l'on pousse très fort sur une composante, on rompt l'équilibre et on crée un problème social. L'équilibre et la coordination sont essentiels.

Il y a très longtemps que le ministère s'occupe de cela. Nous avons depuis longtemps une liaison opérationnelle avec la GRC. Nous avons d'excellentes relations avec les organismes provinciaux chargés de délivrer les permis. Toutes les autres activités liées à l'abus des drogues entrent au moins en ligne de compte lorsque nous prenons des décisions à l'égard d'une question donnée. L'équilibre et la coordination sont très importants en raison de ce problème.

**Mme Mitchell:** Il s'agit là de considérations touchant la réduction des approvisionnements, n'est-ce pas? Qu'en est-il de la réduction de la demande? Qu'est-ce que vous préconisez à ce sujet?

**M. Dykeman:** La réduction de la demande n'entre pas vraiment dans le cadre de mes fonctions. Le D<sup>r</sup> Glynn en a parlé. Selon moi, la réduction de la demande, y compris ce que



[Text]

and by the provinces that are involved in this area as well, has to be an important component. There is no doubt about it. It has to contribute. There is no sense taking an enforcement approach without a demand reduction approach. It does not work.

**Ms Mitchell:** They seem just to be kind of words as you spell them out there. But how do you work with Dr. Glynn, then, in the multidiscipline approach, since co-ordination is necessary? What kind of connections are there between you and the people who were sitting at the table before you?

**Mr. Dykeman:** Operational level; sharing of information at all levels. We talk to each other. We discuss problems of mutual interest on a daily basis by telephone. That kind of operational connection is the grease that allows the balance and co-ordination to work, and it needs to be enhanced all the time. Every time you deal with it you should always be thinking of how to make it better, and we do that on an ongoing basis.

**Ms Mitchell:** Thank you.

**The Chairman:** Mr. Dykeman, I would ask you a question about the incidence of diversion, which you suggest is on the rise. Are those figures you base that on adjusted for population increase for physician numbers, or prescription numbers? On what basis is that arrived at, or is it just an absolute rise?

**Mr. Dykeman:** It is an absolute rise. I do not think it would be that difficult to calculate, based on physician numbers.

**The Chairman:** I think it would be helpful to know whether there is a true increase in the diversion or whether it is just an absolute, because obviously there must be maybe twice as many prescriptions being written as there were 25 years ago. Is it absolute, or is it actually a relative increase too? And is it based on prescriptions written, or physicians or patients?

**Mr. Dykeman:** It is based on reports of diversions received by us. There is legislative requirement to report.

**The Chairman:** So that is absolute then.

**Mr. Dykeman:** It is absolute, yes, in that context.

**The Chairman:** Do you have any way of adjusting that figure so it would take into account the number of prescriptions written?

**Mr. Dykeman:** I suppose it could be adjusted yearly.

**The Chairman:** I do not think the committee would be guilty of saying there is something going on if it is not mathematically true.

**Mr. Dykeman:** Certainly it would not be hard to adjust them. From the point of view of drugs going astray from year to year, the trend is more important than—

[Translation]

font le Dr Glynn et les provinces qui travaillent également dans ce domaine, est nécessairement une composante importante. Cela ne fait aucun doute, nous avons besoin de cet apport. Rien ne sert de parler d'application de la loi sans s'intéresser en même temps à la réduction de la demande. Cela ne marche pas.

**Mme Mitchell:** Il semble s'agir de paroles, selon ce que vous dites. Mais comment travaillez-vous avec le Dr Glynn, dans le cadre de cette approche multidisciplinaire, puisque la coordination est nécessaire. Quelle sorte de liens y a-t-il entre vous et les gens qui étaient assis à la table avant vous?

**M. Dykeman:** Au palier opérationnel, l'échange d'information à tous les paliers. Nous nous parlons. Nous discutons chaque jour au téléphone des problèmes qui nous intéressent réciproquement. Ce genre de lien opérationnel est l'huile où baignent l'équilibre et la coordination, et il faut toujours en rajouter. Chaque fois qu'il s'agit de cela, il faut toujours penser comment on pourrait améliorer la chose, et le faire de façon constante.

**Mme Mitchell:** Merci.

**Le président:** Monsieur Dykeman, j'aurais une question à vous poser sur l'incidence du détournement, dont vous dites qu'elle est en hausse. Les chiffres sur lesquels vous vous fondez sont-ils rectifiés en fonction de l'augmentation de la population, du nombre de médecins ou du nombre d'ordonnances? Sur quoi se fonde le calcul, ou s'agit-il d'une hausse absolue?

**M. Dykeman:** C'est une hausse absolue. Je ne crois pas que cela serait si difficile à calculer en fonction du nombre des médecins.

**Le président:** Je crois qu'il serait utile de savoir s'il y a eu une augmentation réelle du détournement ou s'il s'agit tout simplement d'une hausse absolue, parce qu'il se pourrait évidemment que le nombre d'ordonnances soit deux fois plus grand qu'il y a 25 ans. S'agit-il d'une hausse absolue, ou y a-t-il également une hausse relative? Et est-elle fonction du nombre d'ordonnances, de médecins ou de patients?

**M. Dykeman:** Cela se fonde sur les détournements qui nous sont déclarés conformément à la loi.

**Le président:** Il s'agit donc d'une hausse absolue.

**M. Dykeman:** C'est une hausse absolue, oui, dans ce contexte.

**Le président:** Avez-vous un moyen quelconque de rectifier ce chiffre pour tenir compte du nombre d'ordonnances?

**M. Dykeman:** Je suppose qu'il serait possible de procéder à une rectification annuelle.

**Le président:** Je ne crois pas que le Comité voudrait être coupable de dire qu'il se passe quelque chose si ce n'est pas mathématiquement vrai.

**M. Dykeman:** Il ne serait certainement pas difficile de procéder à la rectification. Du point de vue des médicaments qui prennent la clé des champs chaque année, la tendance est plus importante que...

[Texte]

**The Chairman:** I can appreciate that with the number of prescriptions being written going up. But if we are going to have a figure that is useful, we have to know whether it has been adjusted to population or adjusted to numbers of prescriptions, in order to compare with other countries. I am sure they must do it that way, surely.

**Ms Copps:** You also have to factor in health plans. To get a really accurate reading, you have to factor in drug plans.

**The Chairman:** What I suggested is you factor in the number of prescriptions written and what proportion of those are diverted, and is that going up.

**Mr. Dykeman:** As a percentage of the total prescriptions written, I guess one would have, first of all, to state it in terms of the percentage of the total number of prescriptions for psycho-active substances written, and look at that. Now, of that proportion, of course, a smaller number of substances are scheduled. Not all psycho-active substances used in medicine are scheduled, and therefore they are not all reported. So if one were to talk about psycho-active substances being diverted, the number could be a great deal higher, because all that report is are those drugs that are presently classified as narcotic and controlled drugs. There is no obligation for anyone to report the theft or loss, for instance, of diazepam at the present time.

• 2055

**The Chairman:** Is there no requirement to report it?

**Mr. Dykeman:** No. Yet it is an abused psycho-active drug.

**The Chairman:** When you talked about the diversions, you are not referring to diazepam at all; it would not be included.

**Mr. Dykeman:** No. It refers only to those drugs that are reported to the Minister under the legislation, where they are not. He has the ability to compel the reporting of narcotic and controlled drugs only.

**Ms Copps:** Is diazepam not on the list?

**Mr. Dykeman:** The problem with diazepam is that it is a very complex issue. For instance, there are cases, such as one in Montreal, where people were taking diazepam powder; if memory serves me, it was an electrician, a civil engineer, and someone else. It led the judge to comment that he could not believe such people could be qualified to make these drugs. They had a tableting machine. They were making a tablet that was a counterfeit version of lemon 714, which is a methaqualone product. They were putting 140 milligrams of diazepam in it, which is 14 times the maximum tablet dose available through the legitimate channels in Canada. This is a problem.

The distribution of the two-, five- and ten-milligram tablets of diazepam in the medical system may or may not be a problem of equal significance. We have no way of knowing at this time, and we are looking into it. How does one separate the two-, five- and ten-milligram tablets from the 140-

[Traduction]

**Le président:** Je comprends cela, compte tenu de l'augmentation du nombre d'ordonnances. Mais si le chiffre doit nous être utile, nous devons savoir s'il a été rectifié en fonction de la population, ou du nombre d'ordonnances, pour procéder à des comparaisons avec d'autres pays. Je suis certain qu'ils doivent procéder comme cela, c'est certain.

**Mme Copps:** Il faut également tenir compte des régimes d'assurance-santé. Pour obtenir un chiffre vraiment précis, il faut tenir compte des régimes d'assurance-médicaments.

**Le président:** J'ai suggéré de procéder d'après le nombre d'ordonnances et la proportion de celles qui sont détournées afin de voir si cette proportion augmente.

**M. Dykeman:** En pourcentage du total des ordonnances, je suppose qu'il faudrait commencer par le pourcentage du nombre total d'ordonnances portant sur des substances psychotropes. Sur cette proportion, évidemment, le nombre des substances mentionnées dans les annexes est encore plus réduit. Ce ne sont pas toutes les substances psychotropes utilisées en médecine qui figurent dans les annexes; il n'y a donc pas déclaration dans tous les cas. Ainsi, s'il s'agit des substances psychotropes qui sont détournées, le chiffre serait beaucoup plus élevé, parce que les déclarations ne visent que les médicaments présentement classés parmi les stupéfiants et les médicaments contrôlés. Par exemple, personne n'est obligé de déclarer le vol ou la perte de diazepam à l'heure actuelle.

**Le président:** Il n'y a aucune obligation de déclarer cela?

**M. Dykeman:** Non. Pourtant il s'agit d'un psychotrope qui fait l'objet d'abus.

**Le président:** Quand vous avez parlé de détournement, vous ne parliez pas de diazepam; ce médicament ne serait pas inclus.

**M. Dykeman:** Non. Il s'agit uniquement des médicaments déclarés au ministre aux termes de la loi, en cas de perte. Le ministre a le pouvoir d'obliger à déclarer uniquement les stupéfiants et les médicaments contrôlés.

**Mme Copps:** La diazepam ne fait pas partie de cette liste?

**M. Dykeman:** C'est une question très complexe. Par exemple, il y a des cas, comme à Montréal, où certaines personnes fabriquent de la poudre de diazepam; si je ne me trompe, il s'agissait d'un électricien, d'un ingénieur civil et de quelqu'un d'autre. C'est ce qui a amené le juge à dire qu'il ne pouvait croire que de telles personnes puissent être qualifiées pour fabriquer ces médicaments. Ils avaient une machine à faire des comprimés. Ils faisaient un comprimé qui était une version contrefaite d'un produit de la méthaqualone. Ils y ajoutaient 140 milligrammes de diazepam, ce qui est 14 fois la dose disponible en comprimé par la filière légitime au Canada. Là est le problème.

La distribution des comprimés de deux, cinq et dix milligrammes de diazepam dans le système médical peut ou non être un problème d'égale importance. Nous n'avons aucun moyen de le savoir à l'heure actuelle, et nous enquêtons là-dessus. Comment peut-on distinguer les comprimés de deux,

*[Text]*

milligram tablets made by someone else in a garage in Montreal? It is a matter of balancing the convenience. Fortunately the activity of making these counterfeit tablets is not widespread; there are one or two cases.

There have been complaints at various times of diazepam imports and exports from this country, which we are looking into. It is a matter of just making absolutely certain when you schedule something that you put the very minimum regulatory burden you possibly can put on the medical system before you put it there. Otherwise, we are becoming part of the problem of contributing to health care costs, not part of the solution.

The current legislation we have is complex. It is rigid in some ways and it does not admit at the present time of easy scheduling of this substance, of diazepam, from a control point of view. The regulatory burden would be too high to deal with it at this time.

**The Chairman:** Mr. Dykeman, I want to thank you on behalf of the committee—there are still two of us here—for being with us tonight and for your very excellent testimony. If you have any ideas on areas on which you have not touched and about which you think we should know, I would be very pleased to hear from you. If you do come up with any figures on this instance of diversion, I would be very glad to see those, if you could break it down a little bit.

**Mr. Dykeman:** Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

*[Translation]*

cinq et dix milligrammes des comprimés de 140 milligrammes fabriqués par quelqu'un d'autre dans un garage de Montréal? Il s'agit d'équilibrer la commodité. Heureusement, la fabrication de ces comprimés contrefaits n'est pas généralisée, il n'y a qu'un ou deux cas.

Il y a eu à divers moment des plaintes portant sur les importations et les exportations de diazepam, plaintes que nous sommes en train d'étudier. Il s'agit d'être absolument certain que lorsqu'on inscrit quelque chose à une annexe, on impose le fardeau réglementaire le plus léger possible au système médical. Autrement, nous contribuerions à l'augmentation des coûts des soins de santé et non à sa solution.

La loi actuelle est complexe. Elle est rigide à certains égards et ne permet pas à l'heure actuelle d'inscrire facilement cette substance, le diazepam, à l'annexe en vue du contrôle. Le fardeau réglementaire serait trop élevé à l'heure actuelle.

**Le président:** Monsieur Dykeman, je tiens à vous remercier au nom du Comité—nous sommes encore deux—d'avoir été avec nous ce soir et d'avoir présenté un très excellent témoignage. Si vous avez des idées portant sur des domaines que nous n'avons pas abordés et dont vous croyez que nous devrions être au courant, je serais très heureux de vous écouter. Si vous trouvez les chiffres sur l'incidence du détournement, je serais très heureux de les voir, si vous pouviez procéder à une certaine ventilation.

**M. Dykeman:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** La séance est levée.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Department of National Health and Welfare:*

Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health  
Services and Promotion Branch;  
Lavada Pinder, Acting Director General, Health Promotion  
Branch;  
Dr. Irving Rootman, Acting Director, Program Resources  
Division, Health Promotion Branch;  
Ron Dykeman, Policy Analyst, Health Protection Branch.

#### TÉMOINS

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

D<sup>r</sup> Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Services de la santé et  
promotion de la santé;  
Lavada Pinder, directeur général intérimaire, Promotion de  
la santé;  
D<sup>r</sup> Irving Rootman, directeur intérimaire, Division des  
ressources des programmes, Promotion de la santé;  
Ron Dykeman, analyste de politiques, Protection de la santé.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 10

Tuesday, March 10, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 10

Le mardi 10 mars 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

# National Health and Welfare

# Santé nationale et Bien-être social

## RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to the  
study of drug abuse

## CONCERNANT:

Conformément à l'article 96(2) du Règlement, ordre  
de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé  
nationale et du Bien-être social relativement à  
l'étude de l'abus des drogues

## WITNESSES:

(See back cover)

## TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Barry Turner  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 10, 1987

(15)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:36 o'clock a.m., in Room 371 of the West Block, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member Present:* David Orlikow for Howard McCurdy.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From CanCare Canada:* Mr. Peter A. Lea, President; Mr. Bill Graham, Vice-President. *From Rideauwood Institute:* Mr. Paul Welsh, Executive Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Mr. Peter A. Lea made a statement and with the other witness, answered questions.

Mr. Paul Welsh made a statement.

At 10:23 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:24 o'clock a.m., the sitting resumed *in camera*.

On motion of Moe Mantha, it was agreed,—That Barry Turner be elected Vice-Chairman of the Committee.

On motion of Sheila Copps, it was agreed,—That the Order of December 11, 1986 with regard to the study of illicit drug abuse be extended to include alcohol and licit pharmaceutical drugs.

On motion of Brian White, it was agreed,—That the Chairman be authorized to report to the House seeking authority to travel to Halifax, Nova Scotia, from April 12, 1987 to April 15, 1987 in relation to its Order of Reference pursuant to S.O. 96(2) relating to the mandate of the Department of Health and Welfare with regard to the study of drug abuse and that the necessary staff do accompany the Committee.

On motion of Sheila Copps, it was agreed,—That the Committee approve the proposed budget of \$176,132.00 for the Standing Committee for the period from April 1st, 1987 to March 31st, 1988 and that the Chairman be authorized to present the said budget to the Liaison Committee and to the Board of Internal Economy.

On motion of Barry Turner, it was agreed,—That the Clerk of the Committee, in consultation with the Chairman, be authorized to make preliminary arrangements for travel to major cities across Canada to

PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 10 MARS 1987

(15)

[Traduction]

Le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 36, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* David Orlikow remplace Howard McCurdy.

*Aussi présent:* De la Bibliothèque du Parlement: Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De CanCare Canada:* Peter A. Lea, président; Bill Graham, vice-président. *De l'Institut Rideauwood:* Paul Welsh, directeur exécutif.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité étudie de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif des drogues.

M. Peter A. Lea fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

M. Paul Welsh fait une déclaration.

À 10 h 23, le Comité interrompt les travaux.

À 10 h 24, le Comité reprend les travaux mais à huis clos.

Sur motion de Moe Mantha, il est convenu,—Que Barry Turner soit élu vice-président du Comité.

Sur motion de Sheila Copps, il est convenu,—Que l'ordre de renvoi du 11 décembre 1986 concernant l'étude de l'usage abusif des drogues soit élargi de façon à inclure l'alcool et les médicaments pharmaceutiques licites.

Sur motion de Brian White, il est convenu,—Que le président soit chargé d'obtenir de la Chambre que le Comité soit autorisé à se rendre à Halifax, en Nouvelle-Écosse, du 12 au 15 avril 1987, dans le cadre du mandat que lui confie l'article 96(2) du Règlement ayant trait à l'étude de l'usage abusif des drogues, et à s'adjoindre le personnel nécessaire.

Sur motion de Sheila Copps, il est convenu,—Que le Comité approuve son propre projet de budget d'un montant de 176,132\$ pour la période allant du 1er avril 1987 au 31 mars 1988; et que le président soit autorisé à présenter ledit budget au Comité de liaison et au Bureau de régie interne.

Sur motion de Barry Turner, il est convenu,—Qu'en vertu de l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le greffier du Comité, d'accord avec le président, soit autorisé à faire le nécessaire en prévision

hold hearings in the spring of 1987 in relation to its Order of Reference pursuant to S.O. 96(2) relating to the mandate of the Department of Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

By unanimous consent, it was agreed,—That the document entitled—“Chemical Dependencies”—submitted by Paul Welsh of Rideauwood Institute be printed as an appendix to this day’s *Minutes of Proceedings and Evidence*.

At 11:00 o’clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

des séjours du Comité dans les principales villes du Canada, où se tiendront des audiences au printemps de 1987, concernant son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour ce qui regarde l’étude de l’usage abusif des drogues.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le document intitulé *Chemical Dependancies*, soumis par Paul Welsh, de l’*Institut Rideauwood*, figure en appendice aux *Procès-verbaux et témoignages* de la journée.

À 11 heures, le Comité s’ajourne jusqu’à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Tuesday, March 10, 1987

• 0935

**The Chairman:** The Chair sees a quorum. With the orders of the day, being pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse, we have as our witness this morning, from CanCare of Canada, Mr. Peter A. Lea, President. Mr. Lea tells me that his associate, Mr. Graham, is on the red-eye special coming in this morning from the west. He should be here shortly.

We are pleased to have you with us, Mr. Lea. I believe you have supplied us with some material in advance and a copy of your brief. We have only about three-quarters of an hour to allocate to your presentation and the questioning. So if you could keep your opening remarks brief, we could probably get into the questions, but do as you see fit.

**Mr. Peter A. Lea (President, CanCare Canada Corporation):** Thank you very much. Mr. Chairman, I would like to start off by thanking the committee for allowing us to appear before you to listen to some of the views that we see from our perspective as a small and evolving national company across Canada.

I would also like to thank Patricia Russell, who has given us guidance over the last couple of weeks with regard to our presentation.

**The Chairman:** We just take her for granted; we do not thank her.

**Mr. Lea:** I think I have been in that position, as a staffer to committees in other situations.

I presume everybody has the brief, but I would just like to review a few things. *The Globe and Mail*, for example, on February 24 had a special feature article which I thought was quite accurate. The headline read "The Monstrous Problem in Canada" and it appeared on page A-7.

A week earlier a little article came out of *The Globe and Mail*, also on the ILO, the International Labour Organization, which had done a study of all industrialized countries in the western world. It found out that one in every four workers is suffering from some kind of mental or nervous anxiety, depression, etc.

Now, I find it interesting why it would mention the ILO and this monstrous problem on drugs. I think they are tied together; I think we are talking about continuums here. I do not think people become addicts overnight and I do not think breakdowns happen overnight. So I think we have to look at what is happening in the global sense

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mardi 10 mars 1987

**Le président:** Nous avons le quorum. Notre ordre de renvoi est conforme à l'article 96(2) du Règlement et porte sur l'étude de la toxicomanie dans le cadre du mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Notre témoin ce matin est M. Peter A. Lea, président de *CanCare of Canada*. M. Lea m'a dit que son associé, M. Graham, est dans l'avion de nuit qui rentre de l'Ouest ce matin. Il devrait être des nôtres bientôt.

Nous sommes heureux que vous soyez là, monsieur Lea. Je crois que vous nous avez remis au préalable certains documents ainsi qu'un exemplaire de votre mémoire. Nous n'avons qu'environ trois quarts d'heure à vous accorder pour votre exposé et les questions et réponses. Par conséquent, si vous pouviez être bref dans vos remarques liminaires, nous pourrions probablement passer tout de suite aux questions. Mais faites comme bon vous semble.

**M. Peter A. Lea (président, CanCare Canada Corporation):** Merci beaucoup. Monsieur le président, j'aimerais d'abord remercier le Comité de nous avoir permis de comparaître pour recueillir certains de nos points de vue de petite entreprise nationale en pleine évolution à l'échelle du Canada.

J'aimerais aussi remercier Patricia Russell, qui nous a fait profiter de ses judicieux conseils depuis quelques semaines en vue de notre exposé.

**Le président:** Nous la tenons pour acquise; nous ne la remercions plus.

**M. Lea:** J'ai déjà été dans son cas, je pense, en tant qu'attaché à des comités dans d'autres situations.

Je suppose que chacun a notre mémoire, mais j'aimerais tout simplement passer quelques points en revue. Le *Globe and Mail*, par exemple, du 24 février avait un article de fonds spécial que j'ai trouvé très juste. La manchette se lisait «Le monstrueux problème du Canada»; c'était à la page A-7.

Une semaine plus tôt, le *Globe and Mail* nous apportait un petit article, également sur l'OIT, l'Organisation internationale du travail, qui avait mené une étude sur tous les pays industrialisés du monde occidental. Il constatait qu'un travailleur sur quatre souffre d'une forme quelconque d'anxiété mentale ou nerveuse, de dépression, etc.

Je trouve intéressant qu'il y soit question de l'OIT et de ce monstrueux problème des drogues. Je pense que tout cela se tient; nous parlons ici de continuums. Des gens ne deviennent pas toxicomanes du jour au lendemain, et les dépressions nerveuses ne se produisent pas du jour au lendemain. Donc, nous devons voir ce qui se passe

[Text]

in our society and the limited amount of research that we really have to go on at the present time.

Take the amount of dollars, for example. The ILO stated that just on the mental health side, \$20.2 billion was lost in the United States alone. If we divide by 10, then in Canada we are at about \$2 billion in that category. So I do not think we are talking small amounts of money with regard to the problem we are facing, particularly with drugs.

I would like to keep my remarks to the Canadian workplace. As I said before, we are a young company that is evolving. We are serving at the present time over 100,000 Canadian workers and their families.

One of the sad things about the Canadian workplace and Canadian workers at the present time is that the vast majority of them do not even believe health and social services are for them. I do not know why, but they do not.

• 0940

They feel they belong to somebody else. They feel they belong to people who fell through the net, etc., but really do not see the services as belonging to themselves. Yet they are the ones who pay through their tax dollars, and they are the ones who pay through their voluntary dollars. Yet they are the last ones to recognize utilization of the service.

I think that is sad in our Canadian society, when we have such a good network of health and social services. Yet there is that definite feeling. And when it comes to drugs, and illicit drugs and alcohol, we are really lost. People do not really know where to go. As our report in our brief points out, in a lot of cases we end up having to send people to other provinces, we have to send them to the United States, which we believe is not very good for our country and also breaks up families and backgrounds in that area.

I think we should focus on the area of prevention. Again, as I stated before, you do not become an alcoholic or drug addict overnight. You do not have family breakdowns overnight. These are usually an amalgamation of all kinds of problems over a long period of time. It seems to me we have to start building in some factors of prevention in our country, changing attitudes, so people can come with their smaller problems, so we can begin preventing some of the large problems as we go along. We need a lot of work in PR and promotion in that area, because as Canadians, for one reason or another we seem to be quite conservative, in the sense that we do not want to reach out to those kinds of problems.

[Translation]

globalement dans notre société et nous arrêter au peu de recherche sur laquelle nous pouvons vraiment nous appuyer à l'heure actuelle.

Prenons le budget, par exemple. L'OIT a affirmé que la santé mentale, à elle seule, coûtait 20.2 milliards de dollars aux États-Unis seulement. Si nous divisons cela par 10, cela nous coûte environ deux milliards de dollars, au Canada. Par conséquent, le problème auquel nous faisons face, particulièrement avec les drogues, représente des sommes non négligeables.

Mais j'aimerais m'en tenir, dans mes propos, au monde du travail canadien. Comme je l'ai déjà dit, nous sommes une jeune entreprise en pleine évolution. Nous servons actuellement plus de 100,000 travailleurs canadiens et leurs familles.

Un des choses tristes au sujet du monde du travail canadien et des travailleurs canadiens à l'heure actuelle, c'est que la vaste majorité d'entre eux ne croient même pas que les services de santé et les services sociaux leur sont destinés. Je ne sais pas pourquoi, mais c'est ainsi.

Ils estiment qu'ils appartiennent à quelqu'un d'autre. D'après eux, ces services sont destinés à ceux qui sont dans la dèche, etc., et pas vraiment à eux-mêmes. L'important, ce sont eux qui paient, par leurs impôts et par leurs contributions volontaires. Pourtant, ils sont les derniers à reconnaître l'utilisation du service.

C'est quelque chose de bien triste dans notre société canadienne, alors que nous avons un si bon réseau de service de santé et de services sociaux. Malgré tout, c'est bien le sentiment qu'ils ont. Lorsqu'il s'agit de drogues, de drogues illicites et d'alcool, nous sommes vraiment perdus. Les gens ne savent vraiment pas où s'adresser. Comme nous le signalons dans le rapport que nous présentons dans notre mémoire, force nous est, bien souvent, d'envoyer des gens dans d'autres provinces, de les envoyer aux États-Unis, ce qui est loin d'être bon pour notre pays et ce qui brise les familles et les antécédents dans ce secteur.

Nous devrions mettre l'accent, à mon sens, sur la prévention. Je le répète, ce n'est pas du jour au lendemain que l'on devient alcoolique ou toxicomane. Les familles n'éclatent pas du jour au lendemain. Habituellement, cela découle d'un concours de toutes sortes de problèmes s'étendant sur une longue période. Il me semble que nous devons commencer à intégrer certains facteurs de prévention dans notre pays, à changer des attitudes, pour permettre aux gens de demander de l'aide pour leurs petits problèmes, de manière que nous puissions commencer à prévenir certains grands problèmes. Nous avons beaucoup de travail de relations publiques et de promotion à faire dans ce domaine, car, en tant que Canadiens, pour une raison ou pour une autre, nous semblons être très conservateurs, en ce sens que nous ne voulons pas aller au devant de ces genres de problèmes.



[Texte]

In the area of prevention, we seem to do an awful lot with skid row or drug addiction, alcoholics, etc., yet we are not looking at where this starts and where it begins. So I would like it, in our questions and answers after, if we could speak a bit about the area of prevention.

Another area is policy in Canada, which I believe is really lacking in our country. We have no standards for assessment and treatment. I just heard yesterday that the Canadian Addiction Foundation, as a body—and we speak to it in our brief—looks as if it is going to vote to fold itself down. That leaves us with nothing in this country. I believe we should be looking seriously at policy groups. I would recommend to the committee very seriously that we start looking at those groups that represent the workplace.

The best people who understand the workplace are the workers and the people who operate the workplaces. The Canadian Labour Congress, the Business Council on National Issues, and the government a few years ago set up the Canadian Labour Market and Productivity Centre. I wish the committee would give consideration to looking at that body, to begin looking at the workplace and the issues that are affecting the workplace, particularly pertaining to alcohol and drugs in that area.

It seems to me over the last number of years there has been a great need. We have structures in this country. We have people; and we have bright, intelligent people who are capable. I do not think it should be solely left in the hands of federal-provincial committees, but in those of people who represent the workplace and represent those aspects. . . who can call upon professionals and who can call upon those people to develop some standards and some assessments, as well as policy, and I think put some teeth into the matter.

Workplaces in our country are costing tremendous, tremendous amounts of money. Nobody wants to look at that aspect of it. Years before I think it was swept under the carpet. I can remember 15 or 20 years ago, when I was talking about employee assistance programs, when we were working with chronic alcoholics and drug addicts, people would say we were a bunch of do-gooders. You are looking at it.

• 0945

It was not until recently, in the last five or ten years, that dollar figures started to be placed on what the impact in this area really is. I believe the George Sanderson report of 1978 was about the only Canadian document out of the Conference Board of Canada that really began to scratch the surface of what the cost to our country is in the whole area of this problem.

If I used the Addiction Research Foundation statistics and say that it is 3.3% of cocaine addiction, and you put

[Traduction]

Dans le domaine de la prévention, nous faisons beaucoup pour les clochards ou les toxicomanes, les alcooliques, etc., sans pour autant examiner où tout cela commence. Par conséquent, j'aimerais bien, pendant la période de questions qui suivra, que nous parlions un peu de la prévention.

Un autre domaine à mentionner est celui de la politique au Canada; c'est quelque chose qui nous manque vraiment dans ce pays. Nous n'avons pas de normes pour l'évaluation et le traitement. Hier encore, j'ai entendu dire que la Fondation canadienne des toxicomanies, comme organisme—et nous en parlons dans notre mémoire—semble être sur le point de se saborder. Cela nous laisse complètement dépourvu dans notre pays. Selon moi, nous devrions nous intéresser sérieusement aux groupes de politique. Je recommande très sérieusement au Comité de commencer à s'intéresser aux groupes qui représentent le milieu du travail.

Ceux qui comprennent le mieux le monde du travail sont les travailleurs et les gens qui exploitent les lieux de travail. D'un commun accord, le Congrès du travail du Canada, le Conseil d'entreprise pour les questions d'intérêt national, et le gouvernement ont créé, il y a quelques années, le Centre canadien du marché du travail et de la productivité. J'aimerais bien que le Comité songe à examiner cet organisme, à commencer à se pencher sur le lieu de travail et les problèmes qui le concernent, notamment ce qui a trait à l'alcool et aux drogues.

Le besoin m'apparaît très grand depuis plusieurs années. Nous avons des structures dans notre pays. Nous avons des personnes, des personnes brillantes et intelligentes, qui sont fort compétentes. Selon moi, ce n'est pas seulement à des comités fédéraux provinciaux qu'il faut confier ces choses là, mais bien aux gens qui représentent le monde du travail et qui représentent ces aspects. . . qui peuvent faire appel à des professionnels et leur demander d'élaborer des normes et des évaluations, ainsi que des politiques, pour donner une certaine substance à tout cela.

Au Canada, les lieux de travail coûtent des sommes faramineuses. Personne ne veut se pencher sur cet aspect du problème. Je pense que l'on a voulu cacher cela sous le tapis il y a bien des années. Il y a 15 ou 20 ans, lorsque je parlais des programmes d'aide aux employés, lorsque nous travaillions avec des alcooliques chroniques et des toxicomanes, nous passions pour une bande d'idéalistes. C'est ce que vous voyez devant vous.

Ce n'est que depuis cinq ou dix ans que l'on a commencé à chiffrer en dollars les incidences de ces problèmes. Sauf erreur, le rapport de 1978 de George Sanderson était à peu près le seul document canadien, émanant du *Conference Board* du Canada, qui a vraiment fait un examen autre que superficiel du coût social de tout ce problème pour notre pays.

Si, m'appuyant sur les statistiques de la *Addiction Research Foundation*, j'invoquais un taux de



*[Text]*

that just to the working population across this country, we are talking about 28,000 to 30,000 confirmed cocaine-addicted people. And we all know if we play around with the statistics with regard to alcoholism, and we are at 7% and going on, we know it is much greater.

I relate back to the monstrous problem. I think what we are viewing is the tip of the iceberg. I think what we are seeing in our business, which is strictly a Canadian business, where we end up assessing, referring people—we do not get involved in treatment; we utilize the public, voluntary, and private sectors in this country—we are seeing the needs coming out of the workplace, clearly.

Two years ago, when we were sending certain people to an alcohol treatment centre outside Montreal, we found in two years that from 100% alcohol addiction treatment it has moved to about 60% to 70% cocaine and heroin treatment. That gives you some indicator. We are groping with it; we do not know how to deal with it. But we do have the kinds of people in the country who if we were to bring them together in some format by which some policy and direction. . . , I think we could stave off and prevent an awful lot of problems in the future. We need that help. We need that structure from our business point of view so we can help people from a preventive aspect; that when we spot people, for example through workplace programs they can get the assistance they need and they get back not only to being healthy and social people, but productive people. The cost is astronomical to the workplace.

One of our clients, the Royal Bank of Canada, publicly states that for every dollar they spend they get \$14 return on employee assistance program.

We do not know how they get there. I do not know how to defend that. I know it is true, but we do not have enough statistics on that.

We make recommendations with regard to tax incentives, and we encourage our clients to really change their policies so their people can be 100% covered in addiction and alcohol treatment so we can get them the proper treatment facilities that are necessary.

We ask the committee and we ask Parliament to look at these aspects of providing incentives, and some basic kind of incentives to the workplace, because if that happens, then of course that affects our health and social service systems in the great budget that it is costing us as Canadians.

**Mr. B. Graham (Vice-President, CanCare Canada Corporation):** The basic purpose of our attending here and making this brief to the committee is to sensitize you to the issue of working Canadians in the matter of illicit drugs. The general approach towards drug abuse and drug

*[Translation]*

cocainomanie de 3,3 p. 100, cela nous donnerait, pour la population de travailleurs du pays, quelque 28,000 à 30,000 cocainomanes confirmés. Nous savons tous, si nous jonglons un peu avec les statistiques de l'alcoolisme, qu'il y a beaucoup plus que 7 p. 100 d'alcooliques, comme on le dit généralement.

Mais revenons au problème monstrueux. Nous voyons à peine la pointe de l'iceberg. Selon moi, ce que nous voyons dans notre industrie, qui est strictement canadienne, et où nous en venons à évaluer les gens, à les renvoyer en consultation—nous ne nous occupons pas de les traiter; nous utilisons les secteurs public, volontaire et privé, de notre pays—nous voyons nettement les besoins qui se manifestent dans le monde du travail.

Il y a deux ans, lorsque nous envoyions certains sujets dans un centre de traitement pour alcooliques à l'extérieur de Montréal. . . alors qu'il y a deux ans 100 p. 100 de nos sujets étaient alcooliques, il y a maintenant environ 60 p. 100 à 70 p. 100 de cocainomanes et d'héroïnomanes. Cela vous donne une petite idée. Nous sommes aux prises avec ce problème; nous ne savons pas comment l'attaquer. Mais nous avons au Canada les genres de personnes qui pourraient conjurer et prévenir une foule de problèmes à l'avenir, si nous pouvions trouver une formule pour les réunir et leur faire définir une politique et une orientation. . . Nous avons besoin de cette aide. Notre industrie a besoin de cette structure pour faire de la prévention; lorsque nous décelons des sujets en difficulté, par exemple par les programmes d'aide aux employés, il faudrait leur donner l'aide dont ils ont besoin pour leur rendre la santé et les réintégrer dans la société, et en faire des travailleurs productifs. Cela coûte les yeux de la tête aux employeurs.

L'un de nos clients, la Banque Royale du Canada, déclare publiquement que chaque dollar qu'elle consacre à son programme d'aide aux employés lui rapporte 14\$.

Nous ignorons comment elle arrive à ce chiffre. Je ne saurais le défendre. Je sais qu'il est vrai, mais nous n'avons pas suffisamment de statistiques là-dessus.

Nous faisons des recommandations en matière d'encouragements fiscaux et nous tâchons d'amener nos clients à vraiment changer leurs politiques pour que leurs employés soient couverts à 100 p. 100 pour le traitement des toxicomanies et de l'alcoolisme, ce qui nous permettrait de leur donner les installations de traitement qui sont nécessaires.

Nous demandons au Comité au Parlement d'examiner ces aspects des mesures d'encouragement, et certains encouragements de base pour le monde du travail, car, si cela se produit, cela aura, bien sûr, des répercussions sur nos systèmes de soin de santé et de services sociaux dans le grand budget, qui coûte si cher aux Canadiens.

**M. B. Graham (vice-président, CanCare Canada Corporation):** L'objet fondamental de notre présence ici pour présenter notre mémoire au Comité, c'est de vous sensibiliser au problème des drogues illicites chez les travailleurs canadiens. L'approche générale en matière

[Texte]

use among Canadians has been to develop procedures and mechanisms to deal with youth, and to deal with unemployed chronic acute users.

I think the greatest loss, and the greatest productivity loss, in Canada is probably relating to working Canadians, and I think the intervention mechanisms that have been developed over the last 15 years are worthy of attention. I think they are in danger of being lost if groups like the Canadian Addiction Foundation are allowed to disintegrate. It is the only public policy group that exists in the addiction area in Canada right now, and it is apparently about to meet its demise. Health and Welfare Canada have the Federal-Provincial Subcommittee on Alcohol and other Drug Problems. I do not know that I would refer to it as a public health group, but rather a vehicle for the bureaucracy. I would leave it at that.

• 0950

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Graham. Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. Welcome, gentlemen, to our committee this morning.

I would just like to pursue a couple of areas if I could. First of all, sir, you mentioned that your group is involved with assessment and referral and not treatment. I wonder if you could walk me through the process of how an individual would first of all be assessed by your group and then referred.

**Mr. Lea:** Basically, we contract out to organizations. For example, the Royal Bank is one of our clients. Any member of the Royal Bank staff, the 45,000 throughout Canada, the United States, Trinidad and the United Kingdom, their spouses and dependant children can call us 24 hours a day, 7 days a week, in both official languages, and receive help confidentially with a personal or family problem.

They will then be seen in a face-to-face interview in one of our offices which is off-site, not in the workplace, but either in one of our offices throughout Canada or with one of our contracted professionals across the country, wherever these people are.

When they are assessed, many times the presenting problem of the person is the problem that they feel comfortable in discussing with us on the telephone. The assessment is important because when you go through the assessment, which is a broad-range professional assessment, it then begins to reveal in that process what the real problem is.

That is assessed professionally. It is then decided upon; if there is no need to be referred on, then it will be handled right there. If it is a problem that needs to be referred, then our job is to match it with the most proper resource in the local community and the area in which

[Traduction]

d'abus et de consommation de drogue chez les Canadiens a consisté à élaborer des procédures et des mécanismes applicables aux jeunes et aux chômeurs qui sont de gros consommateurs chroniques.

Selon moi, la plus grande perte, la plus grande perte de productivité, au Canada concerne probablement les travailleurs canadiens, et j'estime que les mécanismes d'intervention mis au point depuis 15 ans valent la peine d'être examinés. Ils risquent fort de se perdre si l'on laisse se désintégrer des groupes comme la Fondation canadienne des toxicomanies. À l'heure actuelle, c'est le seul groupe d'intérêt public qui existe dans le domaine des toxicomanies au Canada, et il semble bien être sur le point de passer à l'histoire. Santé et Bien-être social Canada a le sous-comité fédéral provincial pour les problèmes d'alcool et autres toxicomanies. J'hésiterais à le qualifier de groupe de santé public; c'est plutôt un mécanisme bureaucratique. Je m'en tiendrai à cela.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Graham. Monsieur White.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Bienvenue, messieurs, à notre comité ce matin.

J'aimerais vous interroger sur quelques points, si vous me le permettez. Tout d'abord, monsieur, vous avez mentionné que votre groupe s'occupe d'évaluation et d'aiguillage, et non pas de traitement. Pourriez-vous m'expliquer comment un sujet serait d'abord évalué par votre groupe, puis aiguillé vers un autre service?

**M. Lea:** Fondamentalement, nous travaillons à contrat pour des organismes. Par exemple, la Banque Royale est un de nos clients. N'importe lequel des 45,000 employés de la Banque Royale au Canada, aux États-Unis, à la Trinité et au Royaume-Uni, ou de leurs conjoints et enfants à charge peut nous appeler, à n'importe quelle heure de la journée, n'importe quel jour de la semaine, dans l'une ou l'autre des deux langues officielles, et recevoir une aide confidentielle relativement à un problème personnel ou familial.

Ensuite, nous le recevrons en entrevue dans l'un de nos bureaux, qui n'est pas situé à leur lieu de travail; nous le recevrons dans l'un de nos bureaux au Canada ou chez l'un des professionnels contractuels que nous avons partout au pays, partout où il y a de ces gens-là.

Lors de l'évaluation, il arrive souvent que le problème présenté soit celui que le sujet se sent à l'aise pour discuter avec nous au téléphone. L'évaluation est importante: il s'agit d'une évaluation professionnelle poussée, qui commence à dégager le véritable problème.

L'évaluation est faite par un professionnel. Elle est suivie d'une décision; ce n'est pas nécessaire de renvoyer le sujet à un autre service, on s'occupe du problème dès ce moment-là. S'il s'agit d'un problème qui appelle l'intervention d'un autre spécialiste, il nous incombe de



[Text]

that person resides. We ensure they make that hook-up. We follow up with the professional resources. We follow up with the client and then, hopefully, the problem is solved and the person is back to the workplace or back to the family in that area.

**Mr. White:** I see. In your brief, sir, you talked about alcohol rehabilitation centres and the fact that they are now opening their doors to include drug-addicted people, other than alcohol. I notice you bracket here that they have dealt with the problem with questionable success and I am wondering if you would like to expand on that for me.

**Mr. B. Graham:** Because I wrote that, I think I should be responding to it. I think what are referred to as treatment outcomes have varying degrees of success in different institutions. Very limited definition exists on what is successful outcome for treatment.

I think the Addiction Research Foundation of Ontario has one definition of successful outcome. Almost every treatment facility has its own definition of successful outcome. Is it continuing sobriety, a short period of sobriety, or is it improved lifestyle for whatever period of time?

I think the different modalities in different types of treatment that are available provide different treatment outcomes and it is questionable, to me at least, whether or not the outcomes that are attributable to alcoholism treatment can also be used for making judgments on cocaine abuse or the other illicit drug abuse problems.

**Mr. White:** I would like to go to your recommendations for just a moment, if I may. Your second recommendation is that research be undertaken which will provide direct information on illicit drug use among Canadian workers.

Is there now information available on alcohol, because I think all of us here would agree that alcohol is probably the number one problem? Is there enough research there or should we direct our efforts at alcohol primarily?

**Mr. B. Graham:** I think most of the research that is used in Canada is extrapolated out of American studies. I know there have been some studies done in Canada on workers, but in general they are included in household surveys for health promotion investigations and different surveys such as that. Then the working population is extrapolated and discussed in isolation. I do not know of any that are explicitly and solely relating to the workplace. Peter mentioned one in 1978 by the Conference Board of Canada. That is the most directly related study that we know about. There are small population surveys but nothing that I think is meaningful.

[Translation]

trouver la ressource la plus indiquée dans la collectivité locale et dans le secteur de résidence du sujet. Nous nous assurons que ce rapport s'établit. Nous faisons un suivi avec les professionnels. Nous faisons un suivi avec le client, puis, une fois le problème réglé, le sujet revient au travail ou dans sa famille.

**M. White:** Je vois. Dans votre mémoire, monsieur, vous parlez des centres de réadaptation pour alcooliques. Vous dites qu'ils ouvrent désormais leurs portes aux toxicomanes autres que les alcooliques. Je remarque la parenthèse que vous ouvrez ici, soit que les succès remportés sont loin d'être éclatants, et je me demandais si vous aimeriez m'en dire plus long là-dessus.

**M. B. Graham:** C'est moi qui ai écrit cela; je devrais peut-être vous répondre. Les traitements ne remportent pas tous le même succès dans les différents établissements. On n'a qu'une définition très limitée de ce qu'est le succès dans le cas d'un traitement.

Sauf erreur, la *Addiction Research Foundation of Ontario* a une définition du succès d'un traitement. Presque chaque centre de traitement a sa propre définition, d'ailleurs. Est-ce une certaine période de sobriété, une brève période de sobriété, ou une amélioration du mode de vie pour une période quelconque?

À mon sens, les différentes modalités des différents types de traitement disponibles donnent des résultats différents et, à mes yeux tout au moins, il est loin d'être sûr que les résultats attribuables au traitement de l'alcoolisme puissent aussi servir de base à la formulation de jugements sur la cocaïnomanie ou sur les autres problèmes d'abus de drogues illicites.

**M. White:** J'aimerais en venir à vos recommandations pour un instant, si vous me le permettez. Votre deuxième recommandation est que l'on entreprenne des recherches qui renseigneront directement sur l'utilisation des drogues illicites parmi les travailleurs canadiens.

Y a-t-il déjà de l'information disponible sur l'alcool? En fin de compte, nous conviendrions tous, je pense, que l'alcool est probablement le problème numéro un. Y a-t-il suffisamment de recherches dans ce domaine, ou devons-nous axer nos efforts essentiellement sur l'alcool?

**M. B. Graham:** La plupart de la recherche utilisée au Canada est extrapolée à partir d'études américaines. Je sais que certaines études ont porté sur les travailleurs au Canada, mais en général elles s'inscrivent dans des enquêtes-ménage dans le cadre d'investigations pour la promotion de la santé et de différents sondages de ce genre. Ensuite, on fait une extrapolation de la population de travailleurs et on l'examine comme telle. Que je sache, il n'y en a pas qui concernent explicitement et uniquement le lieu de travail. Peter en a mentionné une du *Conference Board of Canada*, qui date de 1978. C'est l'étude la plus directement pertinente que nous connaissions. Il y a de petits sondages, mais rien qui soit significatif.



[Texte]

[Traduction]

• 0955

**Mr. Lea:** I think there needs to be direct research done on alcohol addiction and all illicit drugs, and not skirt the issue by other problems which are just as great as well, but I think we need to focus on that aspect.

**Mr. Orlikow:** Is the work you do primarily with large corporations?

**Mr. Lea:** Yes. It started off with large corporations. We are now moving to small businesses in the area because the need is just as great in the small business area as the other. So our continuum in our young growth as a company is looking at the whole spectrum of business from five employees or 15 up to 60,000-70,000 employees.

**Mr. B. Graham:** At present our smallest contract is for 60 employees and our largest is 45,000; it ranges in between there.

**Mr. Orlikow:** Is the reason so much of your work is done with large corporations because they pay for the program and are better able to fund it than very small companies?

**Mr. B. Graham:** I think the economic realities of programming allow for unit costs to be much less for large populations than for small populations. The consulting time and the consulting requirements for providing that service are the same for the 45,000 employees as they are for the 60 in terms of developing policy and preparing program interventions. Our time is the same at both levels.

**Mr. Orlikow:** We are talking about a tremendous problem here which points out that in Ontario in 1983, \$1.6 billion was taken in as revenue by the provincial government for alcohol, tobacco and drugs sale taxes, but the costs to the community were \$7.1 billion in health and social services.

I have two questions: First of all, is it your belief that governments—federal, provincial, and municipal—are not making the kind of effort which is required if we are to really start dealing with this problem, bringing down the number of people who are involved and suffering and start getting solutions to the problem?

**Mr. B. Graham:** As a practitioner in the field of alcoholism and drug dependency for the last 14 years, I have always marvelled at the fact that when people have coronary difficulties or physical ailments of many sorts, they are usually funded by health plans or provincial governments subsidized, I suppose, by the federal government.

With treatment of alcoholism and drug dependency, in the main they are funded by bingos or bottle drives or some such funding arrangement that community citizens—concerned, recovered people in the main—manage in

**M. Lea:** J'estime qu'il faut procéder à des recherches directes sur l'alcoolisme et toutes les drogues illicites, plutôt que d'éviter le problème en nous laissant distraire par d'autres problèmes qui sont tout aussi grands; mais je pense que nous devons mettre l'accent sur cet aspect-là.

**M. Orlikow:** Travaillez-vous essentiellement avec de grandes entreprises?

**M. Lea:** Oui. Nous avons commencé avec de grandes entreprises. Mais nous commençons maintenant à travailler avec de petites entreprises, car le besoin y est tout aussi grand qu'ailleurs. Ainsi, dans notre jeune croissance en tant qu'entreprises commerciale, notre continuum comprend toute la gamme des entreprises de 5 ou 15 employés jusqu'à celles de 60,000-70,000 employés.

**M. B. Graham:** A l'heure actuelle, notre plus petit contrat vise 60 employés et notre plus grand, 45,000; telle est notre fourchette.

**M. Orlikow:** Si vous travaillez tellement avec les grandes entreprises, est-ce parce qu'elles ont plus que les petites les moyens de se payer votre programme?

**M. B. Graham:** Bien sûr, les réalités économiques font que les coûts unitaires sont bien moindres pour les grandes populations que pour les petites. Le temps de consultation et le nombre de consultations nécessaires pour assurer ce service sont les mêmes pour les 45,000 employés que pour les 60 lorsqu'il s'agit de mettre au point une politique et de préparer des interventions de programme. Nous passons le même temps aux deux niveaux.

**M. Orlikow:** Il s'agit là d'un problème formidable, qui fait ressortir qu'en 1983 le gouvernement provincial de l'Ontario a touché 1,6 milliard de dollars de taxes sur les ventes d'alcool, de tabac et de médicaments, alors que les services de santé et les services sociaux ont coûté 7,1 milliards de dollars à la collectivité.

J'ai deux questions: Tout d'abord, êtes-vous d'avis que les gouvernements—fédéral, provinciaux et municipaux—ne font pas l'effort qu'il faudrait pour vraiment s'attaquer à ce problème, pour diminuer le nombre de personnes en cause, de personnes qui souffrent, et pour commencer à trouver des solutions au problème?

**M. B. Graham:** En tant que praticien dans le domaine de l'alcoolisme et de la toxicomanie depuis 14 ans, je me suis toujours étonné d'une chose: lorsque les gens ont des difficultés coronariennes ou des maux physiques de toutes sortes, ils sont habituellement aidés par des régimes d'assurance-maladie ou par les gouvernements provinciaux, eux-mêmes subventionnés, je suppose par le gouvernement fédéral.

Dans le cas de l'alcoolisme et de la toxicomanie, dans l'ensemble ils sont financés par des bingos ou des collectes de bouteilles ou d'autres trucs de ce genre que des gens du milieu—souvent des personnes concernées, elles-mêmes

## [Text]

order to gather some money together to prepare for treatment programming.

Alcoholism is tremendously unfunded in our nation, there is no question of that, and so is illicit-drug dependency treatment.

**Mr. Orlikow:** You have talked about the treatment. Is there not a great deal more we could do in the way of education and other methods to persuade people not to drink as much? For example, not only in a positive way, such as educational programs starting with the very young in school, but also putting some more restrictions on advertising of alcohol just as we have done—and probably not enough—with cigarettes?

**Mr. B. Graham:** I would concur with everything you have said. I think the reality of prevention is a difficult one to fight with and to try and grapple with in coming up with prevention programming that is applicable to adults, in particular.

I do not think the youth should be regarded continually as the sole target for prevention programming. I think adults probably should be built in some place. I do not see a lot of prevention programming that deals with adult consumption.

• 1000

**Mr. Orlikow:** You watch television and you see these ads with young people and adults having a great time on boats or at sports events and so on and then they sneak in... they get together for that beer. Surely that kind of thing is an inducement and encouragement to people to drink. Should we not be considering banning that kind of advertising or in fact, banning all advertising having to do with liquor?

**Mr. Lea:** If I may answer that, I think the Canadian Addiction Foundation and some of the roles they were playing a couple of years ago was to get on the committees that were looking at all the publicity and how the advertising was going. They had a role in there and were looking at that. But then again, due to the demands being made on the funding, from that point of view it just went down the drain because they did not have enough to support it.

Along the lines you are talking about is the question of looking at what the impact is of advertising with regard to alcohol, drugs, and smoking, for example.

**Mr. Mantha:** I too want to thank you for coming this morning. It is nice to see that there are a lot of groups in Canada making people aware of drugs, like sending us no smoking on television and now you see the ads on AIDS and that.

What are your thoughts on implementing mandatory drug testing, for example? Would you get any flak if we went at it the right way? I mean if somebody drives an

## [Translation]

guéries—organisent pour recueillir certaines sommes en vue d'un programme de traitement.

Le traitement de l'alcoolisme est lamentablement mal financé au Canada, cela ne fait pas de doute, tout comme, d'ailleurs, le traitement des toxicomanies attribuables à des drogues illicites.

**M. Orlikow:** Vous avez parlé du traitement. N'y aurait-il pas beaucoup plus à faire par l'éducation et par d'autres méthodes, pour persuader les gens de boire moins? Par exemple, non seulement par des initiatives positives, comme les programmes d'enseignement dès le très jeune âge à l'école, mais aussi par l'application d'autres restrictions en matière de publicité sur l'alcool, comme nous l'avons fait—et probablement pas assez—dans le cas des cigarettes?

**M. B. Graham:** Je suis d'accord sur tout ce que vous avez dit. A mon sens, la réalité de la prévention pose un défi difficile lorsqu'il s'agit de mettre au point des programmes de prévention qui s'appliquent aux adultes, en particulier.

Je ne crois pas qu'il faille toujours considérer la jeunesse comme la seule cible des programmes de prévention. Je pense qu'il faut probablement aussi y faire une place aux adultes. Que je sache, les programmes de prévention qui traitent de la consommation par des adultes ne sont pas légion.

**M. Orlikow:** La publicité télévisée nous montre des jeunes et des adultes en liesse sur des bateaux ou lors de manifestations sportives et ainsi de suite; tout à coup ils s'arrêtent... pour prendre une bière. Voilà certes de quoi amener et encourager les gens à boire. Ne devrions-nous pas envisager d'interdire ce genre de publicité, voire toute publicité concernant l'alcool?

**M. Lea:** Permettez-moi de répondre à cette question. La Fondation canadienne des toxicomanies a tenté, par certains des rôles qu'elle jouait il y a quelques années, d'avoir une place au sein des comités qui examinaient toute la publicité et la façon dont elle se faisait. Elle avait un rôle à jouer là-dedans et elle s'en occupait. Mais, là encore, parce que les fonds ne suffisaient pas à répondre à tous les besoins, tout cela s'est effondré, vu qu'elle n'avait pas assez d'argent pour soutenir l'initiative.

Dans le même sens, on pourrait se demander quelles sont les incidences de la publicité en ce qui concerne l'alcool, les médicaments et le tabac, par exemple.

**M. Mantha:** Je tiens à vous remercier d'être là ce matin. Il fait bon de voir qu'il y a de nombreux groupes au Canada pour sensibiliser les gens aux drogues, par exemple par des messages anti-tabac à la télévision et, maintenant, par des annonces sur le SIDA et ainsi de suite.

Quel est votre point de vue sur la possibilité d'imposer des tests obligatoires pour la détection de drogues, par exemple? Y aurait-il un tollé si nous nous y prenions de la



[Texte]

airplane. . . It always takes an accident; it is unfortunate but that is what happens to make people aware, then they sort of go along with it where they always bucked it before. As far as mandatory drug testing, what do you people think of it?

**Mr. B. Graham:** I think mandatory drug testing is a very difficult question to wrestle with and if this committee is facing that challenge I admire you for it.

I do not think it is as clear cut as just expressing and opinion and allowing it to sit at that. There is an awful lot of human rights issues on the part of the employees, in particular, which have to be considered.

My own view is that drug testing should be available for people in critical positions in an industry and it should be voluntary for anybody who entered a job not knowing it was a condition of employment.

**Mr. Mantha:** As I said, it always takes an accident and until you are close to an accident, as I was about three weeks ago. . . My mother was crossing the road and a person came out of a hotel. . . My mother is 78 years old. I mean, you are always talking about hardships and pain, especially to innocent people. My mother and two other ladies were crossing the road, but my mother did not make it. She helped the first lady across, but the other one backed off. As it turned out, my mother has two fractured hips, a shattered pelvis, a broken thigh. She is lying there, 78 years old. . . She never hurt a fly, like everybody else's mother. She has had a good life, but. . .

What are the answers to something like this? How can somebody cause so much pain and then just sort of walk away from it? If there is a penalty afterwards it is like. . . Okay, if the person had not been drinking maybe and if the person had not been hit and run then it is an accident, but when somebody tips the glass or bends the elbow. . . ?

As I say, it is unfortunate that an innocent person has suffered because of somebody's carelessness, and they just walk away while the victim will suffer the rest of their life, just like a cripple or something.

**Mr. B. Graham:** We have made great inroads in terms of the drinking-and-driving issue in Canada. I think over the Christmas period just past there was significant reduction in drinking-and-driving arrests and convictions. I think to maintain that kind of approach to adult problematic drinking is a very effective way to go.

I think programs to deal with prevention and youth are also very important, so that you can address the issue among problem drinkers in youth. To be quite honest, however, I do not think we will ever see in our society an

[Traduction]

bonne façon? Je parle du cas d'un pilote d'avion. . . il faut toujours qu'il y ait un accident; c'est malheureux, mais ce sont les accidents qui sensibilisent les gens, qui les amènent à être d'accord là où ils ont toujours été contre. Mais dites-nous ce que vous pensez des tests anti-drogues obligatoires?

**M. B. Graham:** A mon sens, les tests obligatoires constituent un problème très difficile, et si votre comité relève ce défi, il a toute mon admiration.

Il ne suffit pas d'exprimer une opinion et de s'en tenir à cela. En particulier, il faut tenir compte de tous les problèmes des droits de la personne du côté des employés.

Pour ma part, j'estime que l'on devrait pouvoir soumettre aux tests anti-drogues les titulaires de postes critiques dans une industrie, et ces tests devraient demeurer facultatifs pour tous ceux qui prennent un nouvel emploi sans savoir qu'ils sont une condition d'emploi.

**M. Mantha:** Comme je l'ai dit, il faut toujours un accident, et tant que vous ne l'avez pas échappé de justesse, comme cela m'est arrivé il y a environ trois semaines. . . ma vieille mère, qui a 78 ans, traversait la route. Quelqu'un est sorti de l'hôtel. . . on parle toujours de misères et de douleur, surtout lorsque des innocents sont en cause. Ma mère et deux autres dames traversaient la chaussée, mais ma mère ne s'est pas rendue de l'autre côté. Elle a aidé la première dame à traverser, mais l'autre a reculé. Ma mère s'est retrouvée avec deux hanches fracturées, un pelvis fracassé, une cuisse brisée. Elle est étendue là à 78 ans. . . elle n'a jamais fait de mal à une mouche, comme toutes les mères. Elle a fait une bonne vie, mais. . .

Que répondre à cela? Comment peut-on, après avoir causé tant de douleur, s'en tirer comme si de rien n'était? S'il y a une peine par la suite, c'est comme. . . bon, si le type n'avait pas bu peut-être, et si ma mère n'avait pas été victime d'un délit de fuite, s'il s'était agi d'un véritable accident. . . mais lorsqu'on lève son verre ou qu'on lève le coude. . . ?

Comme je l'ai dit, il est malheureux qu'une innocente ait souffert à cause d'un insouciant qui s'en tire comme si de rien n'était, alors que sa victime passera le reste de sa vie dans la souffrance, infirme ou quelque chose de ce genre.

**M. B. Graham:** Nous avons fait au Canada de grandes percées en ce qui concerne le problème de l'alcool au volant. Sauf erreur, pendant la période des fêtes que nous venons de passer, nous avons connu une réduction importante des arrestations et des condamnations pour ivresse au volant. A mon sens, il est très efficace de garder la même approche à l'égard de la consommation problématique d'alcool chez les adultes.

Pour moi, les programmes de prévention auprès des jeunes sont aussi très importants, car ils permettent d'aborder le problème, dès la jeunesse, chez les buveurs problématiques. Pour être honnête, cependant, je ne pense pas



[Text]

end to all the pain that is related to the use of alcohol and drugs; either psycho-social pain or physical pain.

**Mr. Lea:** I think with drug testing, etc. there is the mandatory aspect. It is on a case-by-case basis.

• 1005

I will give you an example of a case years ago where a pilot nearly crashed a plane because he was under the influence of alcohol. He was suspended immediately. They figure it was alcohol and drugs. It was not until the interview and the professional assessment took place they found out the individual had learned that morning that his wife had terminal cancer. He just went AWOL. Now, you have to make judgment calls; maybe he should not have been on the plane to begin with, etc., but they found out. Then there was dealing with the death and dying situation.

There are so many things. The spectrum is so large and the problems are so different that I do not envy your task if you are getting into some of those areas.

**Ms Coppes:** Have you had direct involvement with the Canadian Labour Market and Productivity Centre?

**Mr. Lea:** Not direct involvement. I was involved years ago when I was with the Canadian Labour Congress. Prior to that, when the Business Council on National Issues and the Canadian Labour Congress were talking about it, I was involved with regard to talking about alcohol and drugs on behalf of the labour movement.

**Ms Coppes:** I was under the impression, and I could be wrong, that they were almost defunct. That is why I was surprised when you mentioned them.

**Mr. Lea:** I gather there was a rough road for a while. I gather they have just hired a new executive director and there seems to be a change.

My point is that I think it is a base whereby both, particularly labour—

**Ms Coppes:** No, I agree. I agree. It is just I was left with that impression. It may be that as a committee we might want to look at what they are actually doing if anything vis-à-vis the issue of productivity and alcoholism and drugs.

When you refer to the Canadian Addiction Foundation are you referring to the Ontario Addiction Research Foundation?

**Mr. B. Graham:** No.

**Ms Coppes:** What is the Canadian Addiction Foundation? I do not know—

**Mr. B. Graham:** The Canadian Addiction Foundation is a voluntary group that has been meeting for I think the last 15 or 18 years to discuss policy issues, to discuss many programming issues relating to alcoholism and drug dependency. Their most noteworthy activity of late was

[Translation]

que notre société voie jamais la fin de toutes les souffrances—psychosociales ou physiques—qui découlent de l'usage de l'alcool et des drogues.

**M. Lea:** Avec les tests de dépistage des drogues, etc., il y a l'aspect d'obligation. Cela se fait cas par cas.

Je vous citerai le cas d'un avion qui a failli s'écraser il y plusieurs années parce que son pilote était sous l'influence de l'alcool. Le pilote a été suspendu immédiatement. On a dit qu'il avait pris de l'alcool et des drogues. Or l'entrevue et l'évaluation professionnelle ont révélé que le pilote venait d'apprendre le matin même que sa femme était atteinte d'un cancer terminal. Cela lui a fait perdre ses sens. Bien sûr, il faut faire appel à son jugement; il n'aurait peut-être même pas dû être à bord de l'avion, mais ils ont trouvé la raison. Par ailleurs c'était une question de vie et de mort.

Il y tellement de choses. Les problèmes sont si nombreux et si différents que je ne vous envie pas votre tâche si vous vous lancez là-dedans.

**Mme Coppes:** Avez-vous eu un lien direct quelconque avec le Centre canadien du marché du travail et de la productivité?

**M. Lea:** Pas direct. J'y ai été mêlé, il y a plusieurs années, au moment où j'étais au Congrès du travail du Canada. Avant cela, lorsque le Conseil d'entreprise pour les questions d'intérêt national et le Congrès du travail du Canada en parlaient, j'ai parlé de l'alcool et des drogues au nom du mouvement syndical.

**Mme Coppes:** J'avais l'impression, mais je me trompe peut-être, que le centre avait presque disparu. C'est pourquoi j'ai été surprise que vous le mentionniez.

**M. Lea:** Je crois savoir que les choses ont mal été pendant un bout de temps. Sauf erreur, le centre vient de se donner une nouvelle directrice générale, et les choses semblent changer.

À mon point de vue, c'est une phase, où le monde du travail particulièrement. . .

**Mme Coppes:** Non, je suis d'accord. Je suis d'accord. J'avais cette impression-là, c'est tout. Il se pourrait bien que le Comité veuille se pencher sur l'action qu'ils mènent effectivement, le cas échéant, relativement à la question de la productivité, de l'alcoolisme et des drogues.

Quand vous dites la Fondation canadienne des toxicomanies, voulez-vous parler de l'Ontario Addiction Research Foundation?

**M. B. Graham:** Non.

**Mme Coppes:** Qu'est-ce que la Fondation canadienne des toxicomanies? Je ne la connais pas. . .

**M. B. Graham:** La Fondation canadienne des toxicomanies est un groupe bénévole, qui se réunit depuis, sauf erreur, 15 ou 18 ans pour discuter de questions de politique, pour examiner de nombreuses questions de programmes touchant l'alcoolisme et les toxicomanies.

[Texte]

what they call the National Drug Awareness Week, which is very big in the east and in the west but has not caught on in central Canada.

**Ms Copps:** But you also mentioned that they are about to go belly-up.

**Mr. B. Graham:** Well, they have been in receipt of a maintenance grant from Health and Welfare Canada of something in the order of \$40,000 per year to run a national policy organization to discuss and heighten the profile of policy issues relating to alcoholism and drug dependency, and that is not sufficient to keep them going. Peter mentioned to me earlier that they are probably not going to be in existence beyond this year.

**Ms Copps:** Because maybe we could follow up with some information on that, too.

**The Chairman:** I think that should be pursued, yes. One last question, Ms Copps.

**Ms Copps:** Do you have a profile of your success rate in terms of, first of all, recidivism? If people go through your program, do they then tend not to drink at all or can they drink in moderation, or is it completely cold turkey and do they remain cold turkey? How do you assess your success rate?

**Mr. B. Graham:** As Peter mentioned, we do not do treatment, we do interventions. We provide intervention assistance and a kind of gatekeeper function, where people will come into our network and we will say, okay, you are the type of person who would respond better to an eight-day out-patient treatment—

**Ms Copps:** So you are doing assessment and referral.

**Mr. B. Graham:** That is right. We are the broker and we will send a person to any of the whole gamut of services right across Canada. We use them all; everything from the Salvation Army right on through to high-priced American places down at "Cirrhosis-by-the-Sea" in New Hampshire or somewhere—

**Ms Copps:** What did you call it?

**Mr. B. Graham:** "Cirrhosis-by-the-Sea". It is one of the spas down there. You pay tremendous amounts of Ontario taxpayers' dollars to get well. That comes from OHIP; it is funded by OHIP.

**Ms Copps:** But once you do the referrals then do you have follow-ups?

**Mr. B. Graham:** Oh, yes, yes. For addicted people we have a two-year follow-up program where we phone and are in contact with them once a month on their return to work, then once every three months in the second year, so

[Traduction]

Son activité récente la plus remarquable a été ce qu'elle appelle la Semaine nationale de sensibilisation aux drogues, qui a remporté d'éclatants succès dans l'Est et dans l'Ouest, mais qui n'a pas pris dans le Canada central.

**Mme Copps:** Mais vous avez aussi mentionné qu'elle est sur le point de passer de vie à trépas.

**M. B. Graham:** Ma foi, elle recevait de Santé et Bien-Être social Canada une subvention d'entretien de l'ordre de 40,000\$ par an pour faire fonctionner un organisme national d'orientation ayant pour mission de discuter et de relever le profil des questions de politique touchant l'alcoolisme et les toxicomanies, et cela ne suffit pas pour lui assurer sa survie. Peter m'a mentionné plus tôt que cette fondation ne dépassera probablement pas cette année.

**Mme Copps:** Car nous pourrions peut-être poursuivre avec de l'information là-dessus, également.

**Le président:** Je pense qu'il faudra y revenir, oui. Une dernière question, madame Copps.

**Mme Copps:** Avez-vous un profil de votre taux de succès en ce qui concerne d'abord, le récidivisme? Les gens qui passent par votre programme ont-ils ensuite tendance à cesser de boire complètement, ou peuvent-ils boire avec modération, ou doivent-ils s'abstenir complètement et le font-ils effectivement? Comment évaluez-vous votre taux de succès?

**M. B. Graham:** Comme Peter l'a mentionné, nous ne faisons pas de traitement, nous faisons des interventions. Nous faisons des interventions et jouons un rôle de garde-barrière. Les gens entrent dans notre réseau et nous leur disons: très bien, vous êtes le genre de personne qui réagirait mieux à un traitement de huit jours sans hospitalisation. . .

**Mme Copps:** Donc, vous faites de l'évaluation et de l'aiguillage.

**M. B. Graham:** Juste. Nous sommes le courtier et nous orientons le sujet vers l'un ou l'autre dans la gamme des services qui existent partout au Canada. Nous utilisons tous les services; tous, depuis l'Armée du salut jusqu'aux centres américains très coûteux, comme «Cirrhose-sur-mer» au New Hampshire ou quelque part. . .

**Mme Copps:** Comment avez-vous dit?

**M. B. Graham:** «Cirrhose-sur-mer». C'est l'une de ces villes d'eau aux États-Unis. Cela coûte des quantités faramineuses de dollars aux contribuables de l'Ontario pour guérir le sujet. Cela vient de l'OHIP; c'est financé par l'OHIP.

**Mme Copps:** Mais après les aiguillages, faites-vous un suivi?

**M. B. Graham:** Oh oui, bien sûr. Pour les toxicomanes, nous avons un programme de suivi de deux ans; nous leur téléphonons et prenons contact avec eux une fois par mois après leur retour au travail, puis une fois tous les trois



[Text]

that we have an ongoing profile of how the person is getting along and how they are doing.

[Translation]

mois dans la deuxième année, ce qui nous permet de dégager un profil permanent de l'évolution du sujet et de ses progrès.

• 1010

**Ms Capps:** One last comment, not really a question, in response to some of the comments that have been made about advertising. I was rather interested when the Ontario Addiction Research Foundation came. They told us, as I recall—and I think Barry and Dr. Halliday were here—the single biggest factor in reduction of consumption was pricing. Their assessment showed that a lot of the advertising campaigns—not banning of advertising, but the pro-active campaigns on health and lifestyle, etc.—did not really have as much of an effect as the price. As the price went up, people drank less; and also, they drank less out of their homes. They drank less in bars; they would drink out of their homes.

**Mr. B. Graham:** When I worked for the Addiction Research Foundation, they had two major factors they were saying were the major causative issues, or related issues. One was the amount of disposable income, which is the pricing; and the other one was availability. If there are more places where you can purchase alcohol, then there would be more alcohol problems in that community. It is the numbers of licensed establishments or the availability of alcohol. Those were the two they would say. I have no way of questioning that. I believe it. I agree with it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Chairman, I want to welcome Mr. Lea, and particularly his partner and vice-president, who has been a long-time friend of mine here in Ottawa.

Just a couple of quick comments. To build on the last comment you made on the availability of alcohol, I assume, then, you do not subscribe to selling alcoholic beverages at corner stores in Ontario.

**Mr. B. Graham:** No, as a matter of fact I do not. I agree with the data the Addiction Research Foundation presents, which seem to indicate, in my reading of it, anyway, the more alcohol is available in a community, the more problems it will present in the community: the more drinking and driving, the more alcoholism in the community, marriage break-up relating to alcoholism, and so on.

**Mr. Lea:** You can run a tab in a grocery store, you cannot run a tab at the *Brewers Retail* and the *Liquor Commission*.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The question of mandatory testing I want to come back to briefly as well. Mr. Graham, you indicated that for certain positions you thought that was a policy worth pursuing. Could you expand on that a little?

**Mme Capps:** Un dernier commentaire, qui n'est pas vraiment une question, sur certaines choses qui se sont dites au sujet de la publicité. J'ai trouvé plutôt intéressant le témoignage de l'*Ontario Addiction Research Foundation*. Ses représentants nous ont dit, si je me souviens bien—et je pense qu'il s'agissait de Barry et de M. Halliday—que le principal facteur de la réduction de la consommation était le prix. Dans leur optique, de nombreuses campagnes de publicité—non pas l'interdiction de toute publicité, mais les campagnes pro-actives sur la santé et le mode de vie, etc.—n'étaient pas aussi efficaces que le prix. Lorsque le prix monte, les gens boivent moins; et de même ils boivent moins en dehors de leur foyer. Ils boivent moins dans les bars; ils préfèrent boire chez eux.

**M. B. Graham:** Lorsque je travaillais pour l'*Addiction Research Foundation*, deux grands facteurs étaient considérés comme les grandes causalités, les grands problèmes connexes. Le premier était le revenu disponible, c'est-à-dire le prix, et l'autre était la disponibilité. Si l'on multiplie le nombre de points de vente de l'alcool dans une collectivité, cela entraîne une multiplication des problèmes d'alcool. Il s'agit du nombre d'établissements avec permis ou de la disponibilité d'alcool. Tels étaient les deux facteurs, disait-on. Rien ne m'autorise à les contester. Je le crois. Je suis d'accord.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur le président, je tiens à souhaiter la bienvenue à M. Lea, et particulièrement à son partenaire et vice-président, qui est un de mes amis de longue date ici à Ottawa.

Quelques brefs commentaires. Pour revenir sur ce que vous venez de dire au sujet de la disponibilité de l'alcool, je conclus que vous n'êtes pas d'accord sur l'idée de vendre des boissons alcooliques dans les épiceries du coin en Ontario.

**M. B. Graham:** Non, effectivement. Je suis d'accord sur les données que présente l'*Addiction Research Foundation* et qui semblent indiquer, en tout cas si je les comprends bien, qu'il y a un lien direct entre la disponibilité de l'alcool dans une collectivité et le nombre de problèmes qu'elle présente: alcool au volant, alcoolisme dans la collectivité, mariage brisé par l'alcoolisme et ainsi de suite.

**M. Lea:** Il est toujours possible d'avoir du crédit dans une épicerie, mais pas au *Brewers Retail* ni à la Régie des alcools.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je voudrais revenir également brièvement sur la question des tests obligatoires. Monsieur Graham, pour certains postes, avez-vous dit, c'est une politique qu'il vaudrait la peine d'appliquer. Pourriez-vous nous en dire un peu plus long là-dessus?



[Texte]

**Mr. B. Graham:** I think what I said was that for certain positions it may be important to be able to have tests run on people. The conditions I stipulated were that the person know that policy prior to taking employment, and if they did not know that policy prior to taking employment, it should be a voluntary approach, simply because once you are in the employ of an organization, it should not be changing the terms and conditions of your employment.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Also on what Mr. Orlikow said on this question of banning advertising, we are really inundated with beer ads, and they are lifestyle oriented. Do you have a sense it might be a step in the right direction to eliminate that kind of advertising completely from our media in Canada?

**Mr. B. Graham:** My knowledge about the regulations around advertising alcohol is that there is a set of regulations in existence that is absolutely flaunted and not adhered to at all by the people responsible for that. In the use of sports figures, the use of key people who are high-profile people in our society, I think the use of lifestyle advertising and those things is covered by the regulations. But they are not adhered to, as far as my viewing of the commercials is concerned. I think if they got back down to earth and they started looking at the commercials in the light of those regulations, a lot of the commercials we see right now would not be on TV.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Lea, two questions to you. When someone goes to the U.S. for treatment, who pays for that?

**Mr. Lea:** In a lot of cases it depends. For example, some of our clients have 100% coverage in their fringe-benefit programs. So that allows those clients a broader range of payment purposes.

• 1015

Second, in a lot of cases, when we send people down to the United States, for example, OHIP can pay a good portion of that treatment process down there, whereas we could not get that money to send somebody to Rideauwood or somewhere else. Other times, the people have to pay for it themselves if they do not have the benefit programs or if we cannot work it out with the government.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You have suggested recommending that we consider tax credits to businesses which contribute toward these programs. Can you quantify what that might cost on an annual basis in Canada if tax credits were given? And if not, why should businesses not write it into their business plan as a legitimate annual expense?

**Mr. Lea:** We put that in as a concept. I think there are many ways of looking at that aspect of the tax credit. We are promoting that our customers or clients talk to their insurance people, etc., to build these factors into some premiums, because I think that is another issue right now.

[Traduction]

**M. B. Graham:** J'ai dit que pour certains postes, il peut être important de soumettre les titulaires à des tests. Les conditions que j'ai posées sont que l'intéressé connaisse cette politique avant de s'engager, sans quoi les tests doivent demeurer libres, car un employeur ne doit pas changer les conditions de l'emploi après vous avoir pris à son service.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** À propos de l'interdiction de la publicité, M. Orlikow a fait valoir que nous sommes inondés d'annonces de bière, qui sont axées sur le mode de vie. Avez-vous le sentiment que nous ferions un pas dans la bonne direction en éliminant complètement ce genre de publicité dans nos médias au Canada?

**M. B. Graham:** D'après ce que je puis voir, il existe une réglementation touchant la publicité de l'alcool, mais les responsables ne la respectent pas du tout. Ils utilisent des personnalités sportives, des gens qui sont bien vus dans notre société. Je pense que la publicité axée sur le mode de vie et ainsi de suite est couverte dans la réglementation. Mais cette réglementation n'est pas respectée, du moins à ce qu'il m'apparaît dans les messages publicitaires. S'ils revenaient sur terre et se mettaient à examiner les messages publicitaires dans le contexte de cette réglementation, une foule de ces messages disparaîtraient du petit écran.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur Lea, j'ai deux questions pour vous. Lorsque quelqu'un va se faire traiter aux États-Unis, qui paie?

**M. Lea:** Dans bien des cas, cela dépend. Par exemple, certains de nos clients ont une protection à 100 p. 100 dans leurs programmes d'avantages sociaux. Cela donne à ces clients une plus vaste gamme de services couverts.

En second lieu, bien souvent, lorsque nous envoyons des gens aux États-Unis, par exemple, OHIP peut payer une bonne partie du traitement, alors que nous pourrions trouver cet argent pour envoyer le sujet à Rideauwood ou ailleurs. A d'autres moments, les intéressés doivent payer de leur poche, s'ils n'ont pas les programmes d'avantages sociaux ou s'ils n'arrivent pas à faire payer le gouvernement.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez recommandé d'étudier la possibilité de crédits d'impôts pour les entreprises qui contribuent à ces programmes. Pourriez-vous nous donner un ordre de grandeur de ce que pourraient coûter les crédits d'impôts au Canada, annuellement? Si non, pourquoi les entreprises ne feraient-elles pas figurer cette dépense dans leur entreprise, à titre de dépense annuelle légitime?

**M. Lea:** C'est un concept que nous avançons. Il y a bien des façons, à mon sens, de considérer cet aspect du crédit d'impôt. Nous encourageons nos clients à demander à leur assureur, de tenir compte de ces facteurs dans leurs primes d'assurance, car cela m'apparaît un autre problème, pour

*[Text]*

If you were to look at insurance companies and what is happening to the rates, and problems of addiction and emotional problems, you will see tremendous cost escalation in that area. I think there can be a tax credit given to those companies, even if it is a basic line like we have in some of the programs of our basic health programs, then you can go to Blue Cross for additional kinds of coverage. I think some consideration should be given to that.

When you ask what the impact of that really is, I do not really know, economically. On the other hand, what I would say is that the number of people that it can keep out of. . . For example, if you get an addicted person who is paying taxes and who is a productive human being, then all of a sudden they are out of the system entirely and are totally supported by our health care system in the country, we have to take some balances.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I see your rationale. Can you quantify a dollar value on that, though?

**Mr. Lea:** I do not know. I cannot.

**Mr. B. Graham:** No, Barry, I really would not go on the hook and try to estimate that. I would love to be able to, I would love to have the resources to go out and find that. The tax credit that we are suggesting in this paper here is not 100% tax credit; it is about 150% tax credit. Surely those companies who have employee assistance programs or who buy benefit packages for their employees are writing it off; so it is an operational expense.

We are suggesting that above that, because they are contributing to the health fabric of our nation by taking people and allowing them to get well prior to them being a tremendous burden on the social or health systems, that they be given some credit for having done that, because it is an investment on their part in the workers of Canada.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Turner. Mr. McNaughton, our researcher, has one question. Mr. McNaughton.

**Mr. G. McNaughton (Committee Researcher):** In a recent report by the Addiction Research Foundation, it was concluded that employee assistance programs are fragmented and less effective than they could be. Specifically, they argued that EAP seemed to miss altogether the moderate risk group and focus exclusively on either the walking wounded—those whose problems are very progressed—or, I guess what they call the conspicuously well, those who would be well with or without help. Does CanCare agree with the ARF's conclusions about EAP's?

**Mr. B. Graham:** Yes. I think the ARF have hit it right on the money there in terms of their observation on the main thrust of employee assistance programs today; it is at

*[Translation]*

l'heure. Si vous deviez vous intéresser aux compagnies d'assurance et à leur tarification, ainsi qu'aux problèmes de toxicomanie et aux problèmes émotifs, vous constateriez une escalade épouvantable des coûts dans ce domaine. Je pense que l'on peut accorder un crédit d'impôt à ces compagnies, même s'il s'agit d'un montant de base comme nous avons dans certains de nos programmes de santé de base; ensuite, il y a toujours moyen de trouver d'autres protections, à la Croix Bleue. Je pense qu'il faut y songer.

Lorsque vous demandez quelles en seront les retombées économiques, je ne saurais vous répondre. Par contre, je dirais que le nombre de personnes que cela peut mettre. . . Par exemple, lorsqu'un toxicomane qui paie ses impôts et qui est un être humain productif se retrouve soudain complètement exclus du système et totalement à la charge d'un système de soins de santé, nous devons rétablir certaines choses.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je vois votre raisonnement. Sauriez-vous dire combien cela pourrait coûter, cependant?

**M. Lea:** Je ne sais pas. Non.

**M. B. Graham:** Non, Barry, je ne voudrais pas me laisser prendre à tenter une estimation. J'aimerais bien pouvoir le faire, j'aimerais avoir les ressources pour cela. Les crédits d'impôt que nous suggérons dans notre texte ne sont pas un crédit de 100 p. 100. C'est un crédit d'environ 150 p. 100. Bien sûr, les sociétés qui ont des programmes d'aide aux employés ou qui achètent des programmes d'avantages sociaux à l'intention de leurs employés comptabilisent cela dans leurs dépenses; c'est donc une dépense d'exploitation.

Au-delà de cela, croyons-nous, étant donné qu'elles contribuent au tissu sanitaire de notre nation en aidant des personnes avant qu'elles ne deviennent un fardeau énorme pour les systèmes de services sociaux et de services de santé, il faut leur donner un certain crédit pour cela, car c'est un investissement de leur part dans les travailleurs du Canada.

**Le président:** Merci beaucoup, Monsieur Turner. M. McNaughton, notre attaché de recherche a une question. Monsieur Naughton.

**M. G. McNaughton (Attaché de recherche du Comité):** Un récent rapport de la Addiction Research foundation concluait que les programmes d'aide aux employés sont fragmentés et moins efficaces qu'ils pourraient l'être. Plus particulièrement, on soutenait que les PAE semblent rater complètement le groupe à risques modérés et mettre l'accent exclusivement soit sur les morts ambulants—ceux dont les problèmes sont très aigus—soit sur ceux qui seraient bien portants, avec ou sans aide, les manifestement bien portants, comme ils disent, je pense. CanCare est-elle d'accord sur les conclusions de l'ARF au sujet des PAE?

**M. B. Graham:** Oui. L'ARF a vu juste dans son analyse de la principale orientation des programmes d'aide aux employés aujourd'hui. Ils portent sur les choses tertiaires.



[Texte]

the tertiary end of things. They are dealing with the difficult cases that are chronic acute alcoholic and they are not dealing with the secondary intervention aspects of some simple counselling. They are also not dealing with health promotion messaging.

Certainly, in our programming, when we get involved with a company, we are moving over a three-year period from the tertiary end, because when you first begin with programming everybody wants to deal with the very acute situations, and moving it in the direction of health promotion messaging so that within three years we would be doing awareness on drinking and driving, awareness on appropriate drinking skills, and on like that.

The Addiction Research Foundation is very accurate in that. The major reason for that is that there is no group that gets together in Canada and talks about standards for EAP, or that gets together to set up programming on a national basis that is acceptable and moving in a healthy direction. That is simple reality. One of our goals in mentioning it in this brief is to maybe get a co-ordinating group like Health and Welfare, or somebody, to try to pull a group together and give it some direction.

• 1020

**Mr. McNaughton:** One of the other things that the ARF argued was that there was a need for improved integration of employee assistance programs with health and safety and quality of working life programs. What is CanCare and its counterparts doing to address that need?

**Mr. B. Graham:** We approach that very cautiously because we understand in the workplace there are jurisdictions. Occupational health and safety is a well-established jurisdiction, taking care of the environment, the policies and conditions in the workplace. When you mix employee assistance programming with occupational health and safety, you have to do it with a great deal of diplomacy and regard to the jurisdiction of occupational health and safety. Otherwise, EAP will be seen as an intruder.

**Mr. Lea:** From my background with the Canadian Labour Congress, I think it is wise not to mix the two at this point in time.

One last comment, which I think is important. We are also finding that it is not only the workers, with regard to productivity—we also bring the spouse and the children in. Nobody can convince me that if my son or my daughter is a drug addict it is not bothering me or my productive day-to-day life.

**The Chairman:** It is therapy.

**Mr. Lea:** Exactly.

**The Chairman:** I think I will have to call this to a close now. We have other witnesses waiting.

On behalf of the committee, I want to thank our two gentlemen from EAP, CanCare. We have really appreciated your testimony this morning.

[Traduction]

Ils s'occupent des cas difficiles, les alcooliques aigüs chroniques, sans s'occuper des interventions secondaires, le simple counselling. Ils ne s'occupent pas non plus de promotion de la santé.

En tout cas, dans nos programmes, lorsque nous commençons à travailler avec une entreprise, notre cycle triennal commence par le tertiaire. En effet, au début du programme, tout le monde veut régler les cas les plus aigüs. Ensuite nous nous orientons vers la promotion de la santé. de sorte que, après trois ans, notre action porte sur la sensibilisation à l'alcool au volant, à la façon de voir, et ainsi de suite.

L'Addiction Research Foundation a bien raison sur ce point. Cela vient essentiellement qu'il n'y a pas au Canada de groupes chargés de l'établissement de normes pour que les PAE, ou d'une programmation nationale qui soit acceptable et s'oriente dans la bonne direction. C'est la réalité pure et simple. Nous en parlons dans notre mémoire, c'est, par exemple, pour amener un groupe de coordination comme Santé et Bien-être social, ou quelqu'un d'autre, à organiser un groupe et à l'orienter.

**M. McNaughton:** L'ARF a notamment soutenu qu'il fallait mieux intégrer les programmes d'aide aux employés avec les programmes de santé et de sécurité et de la qualité de la vie. Comment CanCare et ses homologues répondent-ils à ce besoin?

**M. B. Graham:** Nous avons une approche très prudente, car nous sommes conscients de la multiplicité des compétences qui régissent le marché du travail. La santé et la sécurité professionnelles sont un domaine de compétence bien établie, qui concerne le milieu de travail, les politiques et les conditions de travail. Lorsque l'on mêle des programmes d'assistance aux employés avec la santé et la sécurité au travail, il faut le faire avec beaucoup de diplomatie en tenant compte des responsables en matière de santé et de sécurité au travail. Autrement, le PAE fera figure d'intrus.

**M. Lea:** Fort de mon expérience avec le Congrès du travail du Canada, j'estime qu'il est sage de ne pas mêler les deux à ce stade-ci.

Un dernier commentaire, que je trouve important. Nous constatons également que ce n'est pas seulement les travailleurs, pour ce qui est de la productivité... Nous l'étendons aussi aux conjoints et aux enfants. Personne ne pourra me convaincre que si mon fils ou ma fille est toxicomane, cela ne me dérange pas dans ma vie professionnelle quotidienne.

**Le président:** C'est de la thérapie.

**M. Lea:** Exactement.

**Le président:** Nous allons maintenant devoir nous arrêter. Nous avons d'autres témoins qui attendent.

Au nom du comité, je tiens à remercier nos deux porte-paroles des PAE, c'est-à-dire CanCare. Nous vous savons gré de votre témoignage de ce matin.



[Text]

Now a point of order on the part of the chairman. We are moving in camera for our next witnesses, which means we have to clear the room of all persons other than direct committee people.

But before we do that, I want to get a feeling from the committee about procedure. We have to approve a number of motions, and approve a budget, which should be done before this Friday. I wonder whether you want to take a few minutes out of the next 35 minutes that we have to do that, or whether you want to adjourn to my office around the corner at 11 a.m. Ms Copps says no.

**Ms Copps:** Let us just get it over with.

**The Chairman:** We have to be out of here by 11 a.m., so we have to stop at about 10.50.

**Ms Copps:** In fact, we can do it now.

**The Chairman:** Or tomorrow at 5 p.m. in my office, if you wanted to.

**Ms Copps:** No, I want to get it done. We were here last night and by the end of the evening there were two people left.

**The Chairman:** So are we prepared to do this? What do you want to say, at 10.50 a.m. we will adjourn for business?

**Ms Copps:** Let us make sure we have a quorum, too. Mr. Chairman, the other thing that we might do is dispose of those items now and leave ourselves free to hear the witnesses until 11 a.m. Because it will not take us that long, I do not think.

**The Chairman:** That is fine if you are not going to have too long a discussion on the budget. It is not complicated. Let us get the business over with now and then we will go right to 11 a.m. with our witnesses.

I wonder if we could ask Mr. Welsh and Mr. Waldner if they would mind excusing themselves for—I hope it will not be longer than 10 minutes. We have been desperately trying for about two weeks to get this meeting, and today is our first opportunity to have a quorum to do this.

Thank you very much.

[Translation]

J'aimerais maintenant, en tant que président, faire une mise au point. Nous allons nous réunir à huis clos pour nos prochains témoins. Par conséquent, toutes les personnes autres que les membres mêmes du Comité, devront évacuer la salle.

Mais avant de le faire, j'aimerais connaître le sentiment du Comité au sujet de la procédure. Nous devons approuver un certain nombre de motions et approuver un budget; cela doit se faire avant vendredi. Souhaiteriez-vous prendre quelques minutes sur les 35 prochaines minutes que nous avons pour cela, ou voulez-vous que nous nous réunissions à mon bureau, juste à côté, à 11 heures. M<sup>me</sup> Copps dit non.

**Mme Copps:** Finissons-en tout de suite.

**Le président:** Nous devons être sortis d'ici pour 11 heures. Nous devons donc nous arrêter vers 10h50.

**Mme Copps:** De fait, nous pouvons faire cela tout de suite.

**Le président:** Ou demain à 17 heures, dans mon bureau, si vous voulez.

**Mme Copps:** Non, je veux en finir. Nous étions ici hier soir. À la fin de la soirée, il ne restait que deux personnes.

**Le président:** Sommes-nous prêts, donc? Voulez-vous dire que nous ajournerons la séance pour cela à 10h50?

**Mme Copps:** Assurons-nous que nous aurons le quorum, également. Monsieur le président, nous pourrions aussi régler ces points tout de suite, ce qui nous donnerait jusqu'à 11 heures pour entendre les témoins. Car cela ne nous prendra pas tellement de temps, je pense.

**Le président:** C'est parfait, si vous ne discutez pas trop longtemps du budget. Il n'est pas compliqué. Régions tout de suite ces choses là. Ensuite nous pourrions poursuivre avec nos témoins jusqu'à 11 heures.

Je demanderai à M. Welsh et à M. Waldner de se retirer pour... J'espère que ce ne sera pas pour plus de 10 minutes. Il y a environ deux semaines que nous faisons des efforts désespérés pour tenir cette réunion, et nous avons aujourd'hui pour la première fois le quorum nécessaire à cette fin.

Merci beaucoup.

## APPENDIX "SNTE-2"

CHEMICAL DEPENDENCIESBackground

The issue of addiction and drug abuse is all fraught with considerable misinformation and misunderstanding. Decisions based on such faulty bases will logically be faulty. The consequences are at best, expensive action yielding poor results, and at worst, harmful. Some basic information will be introduced to form a platform for this submission.

All mood altering drugs can result in dependence or addiction. We will use the term chemical dependency to describe dependence to mood altering chemicals, as a class of drugs. A chemically dependent person is a person who continues to use mood altering chemicals even though it interferes with some area of that persons life, i.e. family problems; employment problems; physical, psychological and spiritual problems.

In Ontario in 1983, 1.6 billion dollars was taken in revenues for alcohol, tobacco and drug sales taxes. That same year, Ontario spent 7.1 billion in health and social services related to those substances. Clearly, the costs of chemical dependency are a disaster to our society and to our economy. Millions of dollars are spent each year to send clients and patients for treatment with alcohol and drug problems to the U.S. It is a shame that current and previous political wills have so seriously underfunded Canadian treatment services. Given the costs, one can only assume a serious lack of knowledge which leads to such a serious drain on our finances and human energy as a result of the physical and emotional misery of chemical dependence.

Our most severe chemical dependency in Canada is alcoholism. It affects 10 to 15 per cent of Canada's population, from Prime Ministers and cabinet Ministers, to doctors, priests, ministers, lawyers, teachers, housewives, students, the unemployed and the working poor. It accounts for our greatest health and social services costs.

Alcohol is directly connected to the majority of fatal car accidents. The first cause of death to those under 30; to suicide - the second cause of death to those under 30. There are very high correlations with wife assaults, incest and other child abuse, absenteeism, crime, poor work performance, marital breakdown, depression, liver, pancreas and other ailments. Alcohol and drug related crime probably account for the majority of utilization of police effort - NOT DRUG ENFORCEMENT, but criminal activity which supports the use of addictive chemicals such as alcohol, street and prescription drugs.

Prescription drugs are the next most commonly used mood altering drug. Eighty percent of tranquilizer prescriptions are prescribed to women. Most women seeking help for chemical

dependency are "cross addicted", dependent on alcohol and tranquilizers. These dependence producing mood-altering drugs are liberally prescribed. At a recent meeting of the Canadian Psychiatric Association, new research showed that in Winnipeg, 20% of all women had used tranquilizers in the previous 2 weeks, and 15% of all women in Etobicoke had used them in the previous 2 days. Tranquilizers are highly addictive. Many of those women are addicted to tranquilizers and many also to alcohol. The health and social costs for those chemicals show little difference to street drugs.

The next category is street drugs, which per capita, is our smallest chemical dependency problem. Cannabis products, marijuana, hashish, etc.; cocaine, L.S.D., speed and various other drugs present problems which are more rare in comparison to alcohol and prescription drugs, probably because the latter are socially and medically and legally sanctioned. Research is clearly and consistently showing that chemical dependency is a serious problem among young people, but that street drugs are only a small part of the problem. The majority of teens with chemical dependency problems, use alcohol to a harmful extent far more than any other chemicals. The effects and consequences to health and life from alcohol and street drugs are essentially the same, as are the issues related to treatment.

Recent Ontario figures show that use of street drugs is in fact less a problem now than it was in the early '70's. The use of the term "drug crisis" is perhaps useful for politics but is in fact harmful in the misconception it fosters. Our greatest health and social problem is chemical dependency. It is not street drugs.

Since chemical dependency problems are for the majority not street drugs, then legislative action and greater enforcement are not the keys to intervention in this massively costly health problem. Street drugs are currently the target of legislative and police focus; they have not solved this problem. Prohibition in the 20's was largely unsuccessful.

Research indicates that 1/3 of chemically dependent people will recover the first time they seek treatment, 1/3 will eventually recover after several attempts at treatment; and 1/3 will not recover. These statistics are produced in a situation where treatment is dramatically underfunded. Virtually all treatment services across the country have waiting lists of months duration. If adequate treatment resources were available, earlier response to calls for help and earlier intervention before chronic chemical dependency develops could dramatically improve recovery results for millions of Canadians. Yes, millions of Canadians. Between 50% - 80% of those who have an alcoholic parent become or marry alcoholics. Chemical dependency begets chemical dependency. Treatment arrests the disease and prevents further consequences.



Only brief mention of drug testing as a strategy is warranted. Drug testing is not used to test for alcohol, the mood altering chemical causing the largest number of accidents, crime, health, social and work performance costs. A positive drug test does not indicate dependence to a drug. It may only indicate one use in the previous 4 - 6 weeks. Drug tests for legal but addictive drugs are of little use since they are medically and legally sanctioned, though potentially dangerous. Many potent medicines will show positive results.

Drug testing is unreliable, poorly considered and shows little usable information except in the minority of cases.

#### Recommendations

The solutions we propose are simple, and will return the investments many times over. From our perspective, prevention and treatment show good business sense, as well as showing high respect for the quality of life of the population.

1. Fund provincial health and social services to dramatically expand treatment services. An influx of monies initially in this area would see future cost reductions of a large scale in other health and social services.
2. Embark on a large scale public education campaign. The recent drinking and driving campaigns have created large scale behaviour change. They should focus on all mood altering chemicals, and should be realistic and not rely on scare tactics which are obviously inaccurate. This prevention would eventually reduce the incidence of chemical dependence and the need for treatment services.
3. Provide for greater availability of quality Canadian based training and education with regard to the issues of chemical dependency to physicians, social workers, nurses, educators, legal professionals, and to students in those fields. This will facilitate earlier recognition and therefore easier more successful treatment.
4. Provide for greater availability of Canadian based training and information sharing for chemical dependency professionals in social and health fields to enable a greater quality of information and co-ordinated action across the country.

The Rideauwood Institute is a non-profit family oriented treatment facility for chemical dependency in Ottawa. It is a non-residential facility, therefore cost effective, with high rates of success. It serves about 250 adults and teenagers each year. Its services are free. It is funded by the Ontario government and directed by a Board of Directors who are members of the community. It has a staff of about 12. It has been in operation since 1976.

## APPENDICE «SNTE-2»

(TRADUCTION)

DÉPENDANCE DE TYPE CHIMIQUEGénéralités

Le problème de la toxicomanie et de la consommation de drogues est mal documenté et mal compris. Les décisions prises à partir de renseignements aussi erronés sont logiquement mal fondées. Elles aboutissent, au mieux, à l'adoption de mesures coûteuses qui donnent de piètres résultats et qui sont parfois néfastes. Nous fournirons donc ici quelques renseignements qui servent de base à notre mémoire.

Tous les produits psychotropes peuvent engendrer un état de dépendance ou un état toxicomagène. Nous utiliserons l'expression dépendance de type chimique pour décrire l'état de dépendance à l'égard des drogues chimiques. On entend par consommateur de drogues chimiques toute personne qui continue d'utiliser des drogues chimiques même si cette consommation crée certains problèmes dans sa vie personnelle: problèmes familiaux, problèmes liés à l'emploi, problèmes d'ordre physique, psychologique et spirituel.

En 1983, les taxes sur l'alcool, le tabac et les médicaments ont généré, en Ontario, des revenus de 1,6 milliard de dollars. La même année, l'Ontario a dépensé 7,1 milliards de dollars pour assurer les services médicaux et sociaux rendus nécessaires par la consommation de telles drogues. Il est évident que le traitement de la dépendance de type chimique impose un lourd tribut à notre société et à notre économie. Nous dépensons chaque année des milliards de dollars pour envoyer des patients qui souffrent d'alcoolisme et de toxicomanie dans des centres de désintoxication aux États-Unis. Il est dommage que les autorités politiques présentes et passées aient accordé si peu d'importance au financement de services de traitement au Canada. Ces coûts élevés témoignent d'un sérieux manque de connaissances, de sorte que les problèmes physiques et émotifs causés par cette dépendance grèvent fortement nos ressources financières et humaines.

L'alcoolisme constitue au Canada la dépendance de type chimique la plus grave qui soit. Cette dépendance touche de 10 à 15% de la population et n'épargne aucune catégorie de Canadiens: premiers ministres, membres du Cabinet, médecins, prêtres, religieux, avocats, enseignants, personnes au foyer, étudiants, chômeurs ou économiquement faibles. Ce problème accapare à lui seul la plus grande part du budget consacré aux services médicaux et sociaux.

L'alcoolisme est directement responsable de la majorité des accidents de voiture mortels. Il constitue la première cause de décès chez les moins de 30 ans, le suicide venant au second rang. Il existe un lien très étroit entre l'alcoolisme et les agressions commises contre les femmes, l'inceste, les

mauvais traitements infligés aux enfants, l'absentéisme, les crimes, le rendement insatisfaisant au travail, les ruptures, la dépression, les maladies du foie et du pancréas et d'autres affections. Les crimes liés à l'alcool et aux drogues--en dehors de la lutte antidrogue--représentent sans doute le type d'activités qui mobilisent la grande part des effectifs policiers, à cause des activités criminelles qui financent la consommation de drogues chimiques toxicomagènes comme l'alcool, de drogues vendues sur le marché clandestin et de médicaments vendus sur ordonnance.

Ces derniers constituent le deuxième type de psychotropes le plus couramment utilisés. Quatre-vingt pour cent des tranquillisants vendus sur ordonnance sont consommés par des femmes. La plupart des femmes qui cherchent à combattre leur dépendance à l'égard des drogues chimiques consomment à la fois de l'alcool et des tranquillisants. Ces drogues toxicomagènes sont prescrites trop facilement. L'Association des psychiatres du Canada a dévoilé récemment les résultats de recherches montrant que, à Winnipeg, 20% des femmes avaient consommé des tranquillisants au cours des deux semaines précédentes et que 15% des femmes d'Etobicoke en avaient pris depuis moins de quarante-huit heures. Les tranquillisants ont un fort pouvoir toxicomagène. Bon nombre de ces femmes sont sous l'emprise des tranquillisants ou de l'alcool. Les coûts entraînés par cette dépendance sur le plan social et celui de la santé sont comparables aux coûts liés à la consommation des drogues vendues sur le marché clandestin.

Ces dernières sont celles qui, par habitant, posent le moins de problèmes. Les dérivés du cannabis, la marihuana, le haschisch, etc., la cocaïne, le LSD, le «speed» posent moins de problèmes que l'alcool et les médicaments vendus sur ordonnance, peut-être parce que la consommation de ces dernières substances est sanctionnée sur le plan social, médical et légal. Les recherches démontrent de façon claire et soutenue que la dépendance à l'égard des drogues chimiques constitue un problème grave chez les jeunes, mais que les drogues obtenues dans la rue ne représentent qu'une petite partie du problème. La majorité des jeunes qui ont développé une dépendance à l'égard des drogues chimiques consomment beaucoup plus abusivement de l'alcool que n'importe quel autre type de drogue chimique. Les effets qu'entraînent l'alcool et les drogues vendues dans la rue sur la santé et la vie personnelle des usagers sont essentiellement les mêmes, tout comme le sont les problèmes liés au traitement.

D'après des statistiques récentes de l'Ontario, la consommation de drogues clandestines pose moins de problèmes aujourd'hui qu'elle n'en causait au début des années 70. Parler «d'épidémie de drogues» est peut-être utile sur le plan politique, mais il est en fait dangereux d'employer une telle expression en raison des fausses idées que cela crée. La dépendance à l'égard des drogues chimiques, et non pas des drogues vendues dans la rue, constitue notre plus grave problème médical et social.

Puisque, pour la majorité, ce sont les drogues chimiques et non pas les drogues vendues dans la rue qui posent un problème, il ne faut pas recourir à des mesures législatives et antidrogue pour s'attaquer à ce problème de santé



très coûteux. Les tribunaux et les corps policiers se concentrent actuellement sur les drogues vendues dans la rue; toutefois, ils n'ont pas réussi à enrayer le problème. La prohibition décrétée dans les années 20 s'est, en grande partie, soldée par un échec.

Les recherches indiquent que le tiers des personnes qui manifestent une dépendance à l'égard des drogues chimiques parviennent à surmonter le problème la première fois qu'elles cherchent à se faire traiter, un tiers finissent par s'en sortir après plusieurs tentatives, et un tiers ne s'en sortent jamais. Il ne faut toutefois pas oublier que les programmes de traitement connaissent un sérieux problème de financement. Dans presque tous les centres de traitement au pays, les candidats doivent attendre des mois avant de pouvoir être acceptés. Si des ressources adéquates étaient mises à leur disposition, des millions de Canadiens pourraient obtenir de l'aide très tôt, avant que leur dépendance ne devienne chronique. Oui, nous disons bien des millions de Canadiens. Entre 50 et 80% de ceux qui ont un parent alcoolique deviennent eux-mêmes alcooliques ou en épousent un. La dépendance à l'égard des drogues chimiques est un cercle vicieux. Le traitement met un terme à la maladie et aux autres conséquences qu'elle pourrait entraîner.

Nous ne parlerons que brièvement des tests de dépistage. Ces tests ne servent pas à déceler le taux d'alcool qu'il y a dans le sang, l'alcool étant le produit chimique qui cause le plus grand nombre d'accidents, de crimes et de problèmes médicaux, sociaux et professionnels. Un test de dépistage positif ne signifie pas qu'une personne manifeste des signes de dépendance à l'égard d'une drogue. Il se peut qu'il indique tout simplement que la personne a consommé des drogues une fois au cours des 4 à 6 semaines précédentes. Les tests de dépistage pour les drogues licites mais toxicomagènes sont de peu d'utilité puisque leur consommation est sanctionnée sur le plan médical et légal, même si elles sont potentiellement dangereuses. Bon nombre de médicaments puissants donnent des résultats positifs.

Les tests de dépistage sont peu fiables, mal vus et fournissent très peu de renseignements utiles, sauf dans quelques cas.

### Recommandations

Les solutions que nous proposons sont simples et très rentables. À notre avis, la prévention et le traitement sont des solutions sensées qui témoignent d'un grand respect pour la qualité de la vie de la population.

1. Il faut subventionner les services médicaux et sociaux des provinces pour accroître considérablement les programmes de traitement offerts. Toute injection de fonds dans ce domaine entraînera des réductions de coûts énormes dans d'autres domaines de la santé et des services sociaux.
2. Il faut organiser une grande campagne pour sensibiliser le public. Les campagnes qui ont été lancées récemment contre l'ivresse au volant ont

entraîné des changements de comportement notables. Ces campagnes devraient mettre l'accent sur tous les types de drogues chimiques; elles devraient être réalistes et ne pas recourir à des tactiques alarmistes qui ne reposent pas sur des faits. Ce programme de prévention réduirait à la longue l'état de dépendance à l'égard des drogues chimiques et le besoin d'avoir recours à des services de traitement.

3. Il faut offrir un plus grand nombre de bons programmes de formation portant sur les questions de la dépendance à l'égard des drogues chimiques aux médecins, aux travailleurs sociaux, aux infirmiers et infirmières, aux enseignants, aux avocats et aux étudiants qui travaillent dans ces domaines. Ces programmes permettront d'accélérer le dépistage et d'assurer un traitement plus efficace.
4. Il faut offrir aux spécialistes des drogues chimiques qui travaillent dans les domaines social et médical un plus grand nombre de programmes de formation et favoriser l'échange de renseignements entre eux pour qu'ils aient accès à des renseignements de qualité et pour qu'ils puissent coordonner leurs efforts à l'échelle nationale.

L'Institut Rideauwood est un établissement de traitement à but non lucratif destiné aux familles. On y traite les cas de dépendance de type chimique. Ce service de consultation externe est très économique et connaît un fort taux de réussite. Il reçoit environ 250 adultes et adolescents par année. Ses services sont gratuits. L'établissement est subventionné par le gouvernement de l'Ontario et est dirigé par un conseil d'administration formé de membres de la collectivité. Il compte environ 12 employés et existe depuis 1976.















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

#### WITNESSES

*From CanCare Canada:*

Mr. Peter A. Lea, President;  
Mr. Bill Graham, Vice-President.

*From Rideauwood Institute:*

Paul Welsh, Executive Director.

#### TÉMOINS

*De CanCare Canada:*

M. Peter A. Lea, président;  
M. Bill Graham, vice-président.

*Du Rideauwood Institute:*

Paul Welsh, directeur exécutif.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 11

Tuesday, March 17, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 11

Le mardi 17 mars 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

# National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

# Santé nationale et Bien-être social

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to the  
study of alcohol and drug abuse

CONCERNANT:

Conformément à l'article 96(2) du Règlement, ordre  
de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé  
nationale et du Bien-être social relativement à  
l'étude de l'alcool et de l'abus des drogues

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TUESDAY, MARCH 17, 1987

(16)

*[Text]*

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:35 o'clock a.m., at 151 Sparks Street, Room 705, this day, the chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Acting Member Present:* Bill Lesick for Paul McCrossan.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Canadian Association of Chiefs of Police:* D.N. Cassidy, Executive Director; R.T. Stamler, Vice-Chairman, Drug Abuse Committee; Jacques Duchesneau, Director, Montreal Urban Community Police; Lawrence Hovey, Staff Sergeant, Metropolitan Toronto Police. *From the Council on Drug Abuse:* Mr. Norman Panzica, Senior Consultant, Independent Counselor, Toronto.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

The witnesses from the Canadian Association of Chiefs of Police made statements and answered questions.

Norman Panzica made a statement and answered questions.

By unanimous consent, it was agreed,—That the brief submitted by Norman Panzica be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence*. (See Appendix "SNTE-3").

At 11:20 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE MARDI 17 MARS 1987

(16)

*[Traduction]*

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 35, dans la pièce 705, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Membre suppléant présent:* Bill Lesick remplace Paul McCrossan.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Association canadienne des chefs de police:* D.N. Cassidy, directeur exécutif; R.T. Stamler, vice-président, Comité de l'abus des drogues; Jacques Duchesneau, directeur, Communauté urbaine des forces de Montréal; Lawrence Hovey, sergent d'état-major, Metropolitan Toronto Police. *Du Conseil de l'abus des drogues:* M. Norman Panzica, expert-conseil principal, conseiller indépendant, Toronto.

Conformément à l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité étudie de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif de l'alcool et des drogues.

Les témoins de l'Association canadienne des chefs de police font des déclarations et répondent aux questions.

Norman Panzica fait une déclaration et répond aux questions.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le mémoire présenté par Norman Panzica figure en appendice aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui. (*Voir appendice «SNTE-3»*).

À 11 h 20, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell

**EVIDENCE**

*(Recorded by Electronic Apparatus)*

[Texte]

Tuesday, March 17, 1987

• 0937

**The Chairman:** We are meeting today under the order of reference pursuant to Standing Order 96(2) that relates to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

Our witnesses today are from the Canadian Association of Chiefs of Police. Since Chief H.P. Stephen, who is chairman of their drug abuse committee, is unable to be here today, we are happy to welcome in his place Mr. Don Cassidy, who is the executive director of the Canadian Association of Chiefs of Police.

Along with Mr. Cassidy we have our Chief Superintendent R.T. Stamler, from the RCMP, who has been before us previously. We are pleased to welcome you back, Mr. Stamler. In addition to that, we have Jacques Duscheneau from the Montreal Urban Community Police Department, and Staff Sergeant Lawrence Hovey of the Metropolitan Toronto Police. Welcome to our committee and we look forward to your testimony this morning. I would ask Mr. Cassidy to lead off with his presentation and we will follow with questions.

**Mr. Don Cassidy (Executive Director, Canadian Association of Chiefs of Police):** Mr. Chairman and members of the standing committee, thank you for the opportunity of meeting with you. I am sorry that the chairman of our drug abuse committee could not be here.

The Canadian Association of Chiefs of Police is not a new organization; it was formed in 1905. It is a federally incorporated, non-profit organization of senior police executives and corporate security managers. I have handed out a brief, so I will not bore you with the details of our objectives. Basically, they are in favour of improving policing in Canada in the interests of the protection and security of our country.

The illicit drug trade in Canada is currently one of the single most profitable criminal activities in this country with profits estimated in the billions of dollars annually. In turn, drug abuse represents an enormous cost to our society. This phenomenon has increased significantly on an annual basis over the past decade and is seriously affecting the framework of our social and welfare systems. There is the damage to the quality of life and the degeneration of our society because of problems associated with drug trafficking and abuse.

**TÉMOIGNAGES**

*(Enregistrement électronique)*

[Traduction]

Le mardi 17 mars 1987

**Le président:** Nous reprenons aujourd'hui les travaux prévus à notre ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement relatif au mandat qui est donné au ministère de la Santé et du Bien-être social d'enquêter sur l'abus des drogues.

Nous recevons ce matin l'Association canadienne des chefs de police. Le chef H.P. Stephen, président du Comité sur l'abus des drogues de l'Association, étant dans l'impossibilité de comparaître ce matin, il est remplacé par M. Don Cassidy, directeur administratif de l'Association, à qui nous souhaitons la bienvenue.

M. Cassidy est accompagné du directeur surintendant principal, M. R.T. Stamler, de la GRC, que nous connaissons déjà. Bienvenue à nouveau, monsieur Stamler. Nous accueillons également Jacques Duscheneau du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et le sergent d'état-major Lawrence Hovey de la Police métropolitaine de Toronto. Bienvenue à notre Comité. Monsieur Cassidy, voulez-vous commencer par votre exposé? Nous pourrions vous interroger ensuite.

**M. Don Cassidy (directeur administratif, Association canadienne des chefs de police):** Monsieur le président et membres du Comité permanent, merci de nous avoir invités à comparaître. Je vous demande d'excuser l'absence du président de notre Comité sur l'abus des drogues.

L'Association canadienne des chefs de police ne date pas d'hier, car elle a été créée en 1905. Nous sommes un organisme sans but lucratif et constitué en société au niveau fédéral, et nous regroupons les directeurs de niveau plus élevé de la police de même que les responsables de la sécurité dans les sociétés. Comme je vous ai distribué un mémoire, je ne relirai pas en détails nos objectifs. Au fond, notre mandat est de rendre plus efficace la surveillance policière au Canada afin de protéger notre pays et d'en assurer la sécurité.

Le commerce des drogues illicites au Canada est actuellement l'activité criminelle la plus lucrative au pays, puisque les profits représentent des milliards de dollars par année. Par conséquent, la toxicomanie se traduit par un coût énorme pour notre société. Ce phénomène a crû considérablement d'une année à l'autre au cours de la dernière décennie et nuit sérieusement à notre infrastructure sociale et de soins de santé. Cette activité nuit à notre qualité de vie et accentue la dégénérescence de notre société en raison de tous les problèmes associés au trafic et à l'abus des drogues.

[Texte]

[Traduction]

• 0940

For those drug abusers and addicts who do not have sufficient funds to support their habits, crime as a source of income becomes the only alternative. Theft, extortion, robbery, prostitution, fraud and shoplifting are common in areas of the country where there is a high incidence of drug abuse. The damage that results from this activity must be considered as an additional cost of the drug problem to our society. When added to other related costs like enforcement, the maintenance of our criminal justice system, the maintenance of our prison rehabilitation programs, decreased productivity and absenteeism in the workplace, the problem becomes not only a major social concern but a significant economic concern as well. Less visible are individual and family tragedies, the victims of drug abuse, who to a large extent are young people.

Organized criminals run the illicit drug trade both in Canada and other parts of the world. Street-level sales of illicit opiates, cocaine and other psycho-active drugs represent the flow of huge profits to these criminal groups.

Outlaw motorcycle gangs are among the major organized crime networks within Canada today. They are involved in virtually all major criminal activities ranging from contract murder to white-collar crime. One of their main sources of income, however, is the distribution and sale of illicit drugs. Strategically located along Canada's border with the United States, these outlaw gangs are the principal groups responsible for the manufacture and distribution of many psycho-active chemical drugs such as methamphetamine, PCP, and LSD. They also distribute cocaine and marijuana. In turn, their profits are channelled into legitimate business enterprises.

The CACP is well aware of the widespread problem of illicit drug abuse in our country and has taken the initiative to establish a drug abuse committee of senior police executives representative of municipal, provincial and federal police forces to deal with the situation from the police point of view. The terms of reference of the committee are to encourage the co-ordination of illicit drug enforcement operations among municipal, provincial and federal police forces; to promote police co-operation and assistance in interdiction drug programs; to propose a series of police community relations programs for the purpose of educating and alerting the public against drug abuse; to recommend initiatives, propose resolutions and report on progress made with enforcement, interdiction and educational programs, or on areas requiring special attention.

Les toxicomanes qui n'ont pas suffisamment d'argent pour assumer financièrement leur toxicomanie doivent, en dernier ressort, se tourner vers le crime comme source de revenu. Ainsi, le vol, l'extorsion, le vol à main armée, la prostitution, la fraude et le vol à l'étalage sont fréquents dans les régions où l'incidence de toxicomanie est élevée. Les conséquences de ces activités criminelles doivent être considérées comme un coût supplémentaire pour notre société et qui vient s'ajouter à celui que constitue la drogue. Si l'on calcule également ce qu'il nous en coûte pour appliquer la loi, pour maintenir en place une infrastructure judiciaire et des programmes de réhabilitation dans les prisons, et ce que représente sur le marché du travail une productivité à la baisse et un fort taux d'absentéisme, le problème ne devient pas simplement social, mais particulièrement économique. Enfin, il ne faut pas négliger non plus l'aspect moins visible de cette activité, soit les tragédies individuelles et familiales qu'entraîne la toxicomanie chez leurs victimes qui sont, dans une grande mesure, des jeunes.

Le crime organisé exploite le marché des drogues illicites au Canada et ailleurs dans le monde. La vente dans la rue des opiacés illicites, de la cocaïne et d'autres drogues psychotropes représente la grande majorité des profits énormes que gagnent ces criminels.

Parmi les grands réseaux de crime organisé qui existent aujourd'hui au Canada, on trouve les gangs de motards hors-la-loi qui participent virtuellement à toutes les activités criminelles, du meurtre à forfait à la criminalité en col blanc. L'une de leurs grandes sources de revenu est cependant la distribution et la vente des drogues illicites. Ils se tiennent, de façon stratégique, le long de la frontière canado-américaine, et ils sont les groupes principalement responsables de la manufacture et de la distribution de bon nombre des drogues chimiques psychotropes, telles que la méthamphétamine, le PCP et le LSD. Ces motards distribuent également la cocaïne et la marijuana. Leurs profits sont ensuite redirigés vers des entreprises commerciales légitimes.

Comme notre association est bien consciente de l'ampleur du problème des drogues illicites et de leur abus dans notre pays, elle a pris sur elle de former un comité de l'abus des drogues formé de représentants à l'échelon le plus élevé des polices municipales, provinciales et fédérales, afin de pouvoir mieux affronter la situation d'un point de vue policier. Le mandat du comité est d'encourager la coordination des opérations de lutte anti-drogues illicites entre les corps de police municipaux, provinciaux et fédéraux; de promouvoir la collaboration et l'aide de la police dans tout programme d'interdiction des drogues; de proposer une série de programmes policiers de relations communautaires dont l'objectif est d'informer et d'alerter le public en matière de toxicomanie; de recommander des initiatives, de proposer des résolutions et de rendre compte des progrès accomplis en ce qui concerne les programmes d'application de la loi,



[Text]

The drug abuse committee met in Ottawa on January 20-21, 1987, and will meet again in May of this year. It was very evident that the members of the committee look forward to the challenge of finding ways and means to defeat or bring under control the problem of drug abuse. Although our ultimate objectives are far ranging in scope, we have agreed on three key items which we intend to initially address.

We will be proposing to senior police executives and police forces, police community relations programs to educate and alert the public, in particular, children and young people, about the problem of drug abuse and the harm it does. We will encourage local police to utilize programs to also educate the parents.

No education program can succeed unless we take strong action to remove the ready availability of drug paraphernalia from our communities. This concern has already been expressed to government by the CACP and we are determined to raise the issue once again with provincial and federal governments and their agencies.

A problem that has not been properly addressed is the use of drugs in the workplace. Our corporate security managers tell us that the use of cocaine is competing with alcohol as the number one cause of productivity loss today. It has been estimated that business losses due to cocaine-related drugs in the United States in 1983 were \$47 billion. There is no accurate estimate for Canada of the financial loss caused by drugs that result in reduced productivity, accidents in the workplace, absenteeism and financial hardship caused by excessive debt due to drug dependency. We are currently planning a seminar on drugs in the workplace to take place in November of this year in Toronto, Ontario, to which senior executives of corporations will be invited.

We are pleased with the announcement that the federal government has appointed an interdepartmental secretariat on drug abuse to develop a federal strategy on drug abuse prevention and control, and we look forward to being involved in this strategy. We have already met with representatives of the secretariat.

The Solicitor General of Canada and the Minister of National Health and Welfare have been advised that the Canadian Association of Chiefs of Police is ready and willing to assist fully in initiatives taken to bring drug abuse under control. Thank you.

[Translation]

d'interdiction des drogues et d'information, ou à l'égard de tout autre sujet nécessitant une attention spéciale.

Le Comité sur l'abus des drogues s'est réuni à Ottawa les 20 et 21 janvier 1987 et se réunira à nouveau au mois de mai prochain. Les membres du Comité veulent trouver des façons de juguler le problème de la toxicomanie, ce qui leur semble un objectif exaltant. Même si leur but ultime est très vaste, ils se sont entendus sur trois objectifs précis pour l'immédiate.

Nous souhaitons proposer aux chefs de police et aux forces policières des programmes de relation communautaire qui viseront à informer et à alerter le public et, en particulier, les enfants et les jeunes, en leur expliquant les problèmes liés à l'abus des drogues et leur nocivité. Nous encouragerons les forces policières locales à informer également le parent par le biais de programmes.

Malheureusement, aucune programmation d'information ne réussira tant que des mesures draconiennes ne seront pas prises pour empêcher les usagers d'avoir accès aussi facilement à tous les accessoires reliés à l'utilisation des drogues. Notre association en a déjà parlé au gouvernement et a la ferme intention d'en parler à nouveau avec les gouvernements et organismes provinciaux et fédéraux.

On ne s'inquiète pas suffisamment de l'usage des drogues au travail. Nos directeurs de la sécurité dans les sociétés nous disent que la cocaïne se consomme tout autant que l'alcool et que ces deux drogues sont aujourd'hui les causes principales de la perte de productivité dans les entreprises. On a évalué en 1983 à 47 milliards de dollars les pertes financières dans les entreprises américaines reliées à l'abus des drogues. Au Canada, on n'a pas encore évalué de façon précise quelles étaient les pertes financières résultant de l'abus des drogues et entraînant une baisse de la productivité, des accidents de travail, un fort taux d'absentéisme et des difficultés financières suscitées par des dettes dues à la dépendance à l'égard des drogues. Nous sommes à organiser un séminaire portant sur les drogues au travail qui doit avoir lieu en novembre à Toronto et auquel seront conviés les dirigeants des sociétés.

• 0945

Nous avons appris avec plaisir que le gouvernement fédéral avait nommé un secrétariat interministériel sur l'abus des drogues dont l'objectif était d'élaborer une stratégie fédérale sur la prévention et le contrôle des drogues; nous espérons pouvoir participer à l'élaboration de la stratégie. D'ailleurs, nous avons déjà rencontré les représentants du secrétariat.

L'Association canadienne des chefs de police a déjà fait savoir au Solliciteur général du Canada et au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social qu'elle était disposée à l'aider pleinement à mener à bien les initiatives qui seraient prises. Merci.

[Texte]

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Cassidy. Does anybody else on the panel wish to add anything before we invite questions? Superintendent Stamler.

**Chief Superintendent R.T. Stamler (Director, Drug Enforcement Directorate, Royal Canadian Mounted Police):** I testified before this committee some time ago, as you pointed out. I am not going to repeat the main concerns and problems I put forward at that time, but I want to say we have since published our *National Drug Intelligence Estimate*, which was released by the Solicitor General some weeks ago. The document is available for committee members, of course, and we are prepared to answer any questions or deal with any of the issues raised in that document.

Additionally, as far as the CACP and the drug committee are concerned, I as the vice-chairman of the committee will be working very closely to try to develop education programs, which we think the police of this country can become involved in and make a viable contribution with respect to the drug problem.

There are some law enforcement initiatives I believe need addressing in terms of improving the efficiency and effectiveness of police everywhere. In part, that deals with organized crime and the need to attack major organized crime groups through their profits, through identifying these individuals and through prosecution.

The promotion of drug material at the street level, on the streets of our major cities, is of major concern as well. This type of promotion certainly has a great bearing on those people who may be on the borderline of deciding whether to use illicit drugs or not.

I would like to turn the floor over to my two colleagues, director Jacques Duchesneau and Staff Sergeant Lawrence Hovey from the Montreal urban police and from the Toronto metropolitan police. I think their insight into activity in the big city is a very important one.

**Mr. Lesick:** On a point of order, Mr. Chairman, the superintendent has referred to a book. I have not had the opportunity of looking at it, and I was wondering if there is anything relevant or specific to Canada that he might be able to encapsulate in a space of 90 seconds. Most figures we read always refers to the United States. I was hoping there might be one or two salient points for Canadians.

**The Chairman:** I think this is a good question. Perhaps we could let Superintendent Stamler think about it for a moment and get back to us when we start the questioning. Superintendent Stamler might take that into consideration now.

I want to say we are pleased to have representation from our two largest cities, and the committee would be pleased to hear from you, Mr. Duchesneau and Staff Sergeant Hovey.

[Traduction]

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Cassidy. Les autres témoins veulent-ils ajouter quelque chose avant que l'on passe aux questions? Monsieur le surintendant Stamler.

**Surintendant principal R.T. Stamler (directeur, Police des drogues, Gendarmerie royale du Canada):** Comme vous l'avez fait remarquer, j'ai déjà comparu il y a quelque temps et c'est pourquoi je ne me répéterai pas; cependant, je voudrais préciser que depuis notre dernière rencontre, le Solliciteur général a publié il y a quelques semaines déjà son «Rapport annuel national sur les drogues» que nous pouvons vous distribuer si vous le souhaitez. S'il y a des questions qui vous intéressent dans ce document, nous sommes évidemment prêts à vous répondre.

En outre, en tant que vice-président du Comité sur l'abus des drogues de l'Association canadienne des chefs de police, j'aurai à coeur d'élaborer des programmes d'information sur le problème des drogues, programmes auxquels pourraient contribuer toutes les polices du pays.

Il ne faut pas négliger certaines initiatives policières qui pourraient améliorer l'efficacité de nos tactiques, où que ce soit au pays. Ces initiatives portent notamment sur la nécessité pour la police de s'attaquer au crime organisé et à ses plus grands représentants, en identifiant ceux à qui les crimes rapportent le plus et en les poursuivant en justice.

La promotion de matériel pour les drogués dans les rues de nos grandes villes nous inquiète tous. C'est souvent cette activité de promotion qui décide ceux qui n'ont pas encore franchi le pas et qui ne savent pas encore s'ils utiliseront ou non des drogues illicites.

Je voudrais maintenant céder la parole à mes deux collègues, à Jacques Duchesneau, directeur de la Police de la communauté urbaine de Montréal, et au sergent d'état-major Lawrence Hovey, de la Police métropolitaine de Toronto. Leur perspective de ce qui se passe dans des grandes villes est fort importante.

**M. Lesick:** Monsieur le président, un rappel au Règlement: le surintendant a mentionné un livre. Comme je n'ai pas eu la chance d'y jeter un coup d'oeil, je me demande si le surintendant pourrait nous cristalliser en quelques secondes ce qui s'y trouve de particulièrement important et pertinent pour le Canada. On nous donne la plupart du temps les chiffres américains. Y a-t-il dans cette brochure des points qui intéressent particulièrement les Canadiens?

**Le président:** C'est une très bonne question. Nous pourrions laisser le surintendant y réfléchir, et nous pourrions lui revenir au moment des questions.

Le Comité est très heureux d'entendre ce qu'ont à dire à ce sujet les représentants des deux premières villes canadiennes, MM. Duchesneau et Hovey.



## [Text]

M. Jacques Duchesneau (directeur de la Division du crime organisé, Service de police de la Communauté urbaine de Montréal): Merci beaucoup, monsieur le président.

Monsieur le président, madame et messieurs les membres du Comité, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal est heureux de témoigner devant votre Comité.

Il est évident que le témoignage que nous rendrons sera un témoignage partiel. Sur notre territoire, nous sommes plusieurs intervenants à appliquer la loi en matière de stupéfiants. D'autres intervenants viendront vous faire part de leur perception du phénomène et, en ajoutant leurs données aux nôtres, vous aurez une connaissance plus complète du problème des stupéfiants sur le territoire.

• 0950

J'ai préparé un document d'une trentaine de pages que je n'ai pas l'intention de vous lire au complet. J'en sortirai les points saillants.

Je suis policier au Service de police de la Communauté urbaine de Montréal depuis 19 ans et j'œuvre dans le domaine des stupéfiants à Montréal depuis 1980. Au début de l'année, j'ai été nommé directeur de la Division du crime organisé qui comprend trois unités, soit la section antigang qui s'occupe principalement du crime organisé, la section moralité et la section stupéfiants qui s'attaque au problème des stupéfiants sur notre territoire.

Dans un premier temps, je vous parlerai des différentes drogues que nous trouvons sur notre territoire, du moins les principales. Je parlerai ensuite des consommateurs et des trafiquants, de l'importance du marché local ainsi que de son impact sur la criminalité. Finalement, avant la conclusion, je vous ferai part de nos priorités d'intervention.

L'héroïne est un problème assez important sur notre territoire. On constate depuis quelques années que le prix de l'héroïne est à la baisse, ce qui laisse supposer que de plus en plus de drogues arrivent sur notre territoire. Le but d'abaisser le prix de l'héroïne est, bien entendu, d'aller chercher un marché plus important. Quand on aura plus d'adeptes de l'héroïne sur notre territoire, les prix pourront augmenter selon la loi de l'offre et de la demande.

Sur notre territoire, tout ce qui est relatif à l'héroïne en termes d'importation et de distribution est contrôlé dans une proportion de 50 à 55 p. 100 par les clans du crime organisé italien. Depuis 1983, on constate un phénomène un peu nouveau: des ressortissants iraniens se sont emparés d'environ 30 p. 100 du marché sur notre territoire. La substance vendue par ces gens est différente. Notre milieu du crime organisé montréalais vendait principalement de l'héroïne blanche, donc de meilleure qualité. Depuis l'arrivée de ces ressortissants en 1983, nous avons une héroïne de moins bonne qualité, une héroïne brune.

## [Translation]

Mr. Jacques Duchesneau (Director, Organized Crime Division, Police Department, Montreal Urban Community): Thank you very much, Mr. Chairman.

Mr. Chairman, ladies and gentlemen of the committee, the Police Department of the Montreal Urban Community is happy to appear before the committee.

Our testimony will only be a partial one, since there is more than one group enforcing the law in our territory as far as drugs are concerned. Other groups will tell you how they perceive this phenomenon, and by comparing their testimony to ours, you will have a better idea of what the drug problem is like in Montreal.

I have prepared a 30-page brief that I obviously do not intend to read this morning. I will just briefly review with you the main points.

I have been a policeman with the Montreal Urban Community Police for 19 years and have been working in the narcotics field in Montreal since 1980. Early in the year, I was appointed Director of the Organized Crime Division, which includes three units: the anti-gang section, which deals primarily with organized crime; the vice squad; and the narcotics section, which tackles the problem of narcotics on our territory.

First of all, I would just like to briefly discuss the various drugs, or at least, those most commonly found in our jurisdiction. I will then discuss users and traffickers, the size of the local market, as well as its impact on crime. And finally, before concluding, I will discuss our priorities in terms of potential action to be taken.

Heroin is quite a big problem with us. We have noted over the past few years that the price of heroin is dropping, which suggests that more and more drugs are appearing on the local market. The purpose of lowering the price of heroin is, of course, to increase the market for this drug. Once the number of heroin users has increased, prices will likely increase, in accordance with the law of supply and demand.

In the MUC, about 50% to 55% of all heroin-related activities, especially import and distribution, is controlled by the Italian organized crime family. Since 1983, there has been a new development: a group of Iranian citizens has captured about 30% of the local market. But this latter group sells a somewhat different substance. The Montreal organized crime families sold mainly white heroin, in other words good quality heroin. Since the arrival of the Iranians in 1983, we now have a brown heroin circulating that is of inferior quality.



## [Texte]

Ce nouveau marché n'est pas sans poser de problèmes au niveau de l'enquête que nous menons. Ces gens, qui arrivent avec des méthodes d'opération différentes, exigent que la personne qui fait l'achat d'héroïne s'injecte ou prenne la substance devant eux, pour éviter l'infiltration d'agents doubles du service de police. Cela pose un tas de problèmes au niveau de l'enquête que nous menons.

Il est toujours difficile de faire une évaluation, mais nous croyons qu'il y a environ 4,500 adeptes de l'héroïne dans la région de Montréal. Malheureusement, nous constatons que de plus en plus d'adeptes sont de plus en plus jeunes. C'est un autre problème auquel nous devons faire face.

Le degré de pureté des substances que nous retrouvons est de 8 à 10 p. 100, une fois la dernière revente faite. En d'autres mots, l'utilisateur reçoit une héroïne d'une pureté de 8 à 10 p. 100. C'est donc dire que quelqu'un qui importe un kilo d'héroïne à Montréal peut, en coupant la substance, faire jusqu'à 10 kilos d'héroïne. Comme le prix varie entre 200\$ et 600\$ le gramme, on peut s'imaginer les profits que réalisent ces gens qui sont en mesure d'obtenir des substances dans des pays qu'ils connaissent bien.

L'autre problème à Montréal est celui de la cocaïne. Il prend de plus en plus d'ampleur. On a constaté que chez les jeunes, il y a, depuis quelques années, une mutation des types de drogues utilisées. Alors qu'auparavant les jeunes utilisaient surtout la marijuana ou le haschisch, on s'aperçoit maintenant que des consommateurs de plus en plus jeunes font usage de cocaïne. On retrouve sur notre territoire un taux de pureté variant de 16 à 40 p. 100, bien qu'on ait déjà fait des saisies de cocaïne dont la pureté était de 90 p. 100, ce qui pose des problèmes pour le consommateur, en matière d'*overdose* par exemple.

• 0955

Montréal, de par sa situation géographique, est sans aucun doute une porte d'entrée principale de la cocaïne au Canada. On a beaucoup fait état, depuis quelques années, du lien évident qui existe entre les membres du crime organisé montréalais et certains membres du crime organisé américain, notamment de la région de Miami. C'est sûrement l'une des raisons principales pour lesquelles Montréal est devenue une porte d'entrée principale de la cocaïne au Canada.

Encore là, le prix a chuté de façon assez importante depuis quelques années. Il y a à peine trois ou quatre ans, la cocaïne se vendait environ 160\$ le gramme en moyenne à Montréal. Nous retrouvons maintenant de la cocaïne à 120\$ le gramme, ce qui laisse supposer qu'il y a une grande quantité d'héroïne sur le marché et qu'il y a de plus en plus d'adeptes. Selon des renseignements que nous ayons obtenus de la GRC, on trouve à Montréal de la cocaïne dont le taux de pureté est plus élevé que dans plusieurs autres grandes villes canadiennes.

Le haschisch est encore la drogue la plus en demande sur notre territoire. Le prix, qui était de 15\$ il y a trois ou quatre ans, est maintenant de 12\$, mais ce qu'on vendait

## [Traduction]

This new market does pose some difficulty with respect to our investigations. This new group, which operates differently, demands that the person buying the heroin inject it or take it in front of them, in order to avoid infiltration by undercover policemen. This, of course, creates many problems for us, as far as our ability to investigate is concerned.

It is always difficult to make estimates, but we believe there are approximately 4,500 heroin users in the Montreal region. Unfortunately, we have also noted that increasingly younger people are becoming heroin users. That is another problem we must deal with.

In terms of the purity of the drugs we find on our streets, they are about 8% to 10% pure, by the time they are ready to be sold to the user. In other words, the user receives heroin that is about 8% to 10% pure. This means that someone who imports a kilo of heroin to Montreal can produce as much as 10 kilos of heroin by cutting it with other substances. As the price does vary between \$200 and \$600 a gram, you can just imagine the profit margin of these people who are able to get the drug from countries they are familiar with.

The other problem in Montreal is cocaine use. It is becoming more and more widespread. Among young people, we have noted over the last several years that there has been a change in the type of drugs they use. Whereas young people primarily used marijuana or hashish before, we now realize that younger and younger people are using cocaine. The drug on our territory is between 16% and 40% pure, although we have seized some cocaine that was 90% pure, thereby exposing the user to certain risks, such as overdose.

Montreal, because of its geographic location, is without a doubt a major gateway for cocaine coming into Canada. There has been much discussion in the past few years of the obvious link between members of the Montreal organized crime families and certain members of the American organized crime groups, particularly those operating in Miami. That is undoubtedly one of the main reasons why Montreal has become a major gateway for cocaine coming into Canada.

Here again, the price has dropped significantly in the past few years. Just three or four years ago, cocaine was selling for about \$160 a gram on average in Montreal. You can now find it for \$120 a gram, which suggests there is a large quantity of heroin on the market and an increasingly large number of users. Based on information given to us by the RCMP, cocaine in Montreal is purer than in most other large Canadian cities.

Hashish is still the drug most in demand in Montreal. The price of hashish, which was \$15.00 three or four years ago, has now dropped to \$12.00, but what is sold as a gram

*[Text]*

comme étant un gramme ne pèse souvent maintenant qu'un demi-gramme. C'est presque une «fraude». La quantité a baissé mais le prix est à peu près le même. C'est encore, pour les trafiquants, une façon de faire de plus en plus de profits.

Pour vous situer, une organisation que nous avons démantelée il y a deux ans a fait, en l'espace d'une année—cela c'est une personne responsable d'un réseau—plus d'un million de dollars de profit. La livre de haschisch, quand on l'achète en grande quantité, peut s'obtenir à Montréal pour environ 1,000\$. Cette livre est sèche, et en y ajoutant de l'eau et d'autres substances, on peut en faire jusqu'à trois livres. Une livre se vend de 2,500\$ à 3,000\$ à Montréal. Donc, avec un investissement de 1,000\$, on peut faire jusqu'à 6,500\$ de profit en peu de temps. Le haschisch, c'est un problème important sur notre territoire.

Il y a aussi du haschisch liquide, mais en beaucoup moins grande quantité. Nous en trouvons, mais nos saisies sont assez sporadiques.

Quant à la marijuana, son utilisation est en chute libre présentement sur notre territoire.

Nous avons aussi, depuis au moins cinq ou six ans, une augmentation du marché du PCP, la phencyclidine, qui est le propre des groupes de motards de la région de Montréal. Ces gens-là se sont emparés de ce marché, qui est un marché très lucratif. Vous savez que le PCP est la seule drogue qui peut avoir tous les effets sur l'être humain. C'est une drogue qui est utilisée en médecine vétérinaire, comme anesthésique pour les animaux. Sur l'être humain, cette drogue-là a tous les effets: anesthésique, analgésique, stimulant, dépressant et hallucinogène. C'est une drogue qui pose d'énormes problèmes, et le problème est d'autant plus grave que cette drogue-là est de plus en plus utilisée par les jeunes. On a même déjà vu des utilisateurs de 10 ans. Le problème, c'est que cette drogue-là est vendue à très bas prix sur le marché, ce qui fait que des jeunes personnes peuvent l'acheter.

• 1000

En s'inspirant des recherches de la Fondation de recherche sur les toxicomanies de l'Ontario, on a divisé les consommateurs en trois catégories. Il y a d'abord les amateurs. Ce sont de simples curieux. Il y a les fêtards qui représentent le groupe le plus important de consommateurs. Ce sont les personnes qui font usage de différentes drogues de 50 à 100 fois par année, lors de parties. Finalement, il y a les adeptes. Ces gens consomment des stupéfiants de façon régulière et en grande quantité. Ils représentent, il ne faut pas se le cacher, notre principale préoccupation, à cause du lien direct qui existe entre la consommation et la criminalité. Voilà pour les consommateurs.

On a défini trois types de trafiquants. Il y a d'abord ceux du crime organisé dont j'ai parlé à quelques reprises depuis le début. Ce sont des gens dont la capacité de financer des grandes opérations est très importante, ce qui

*[Translation]*

often weighs no more than a half a gram. It is almost what one might call a "rip-off". The quantity has dropped, but the price has remained more or less the same. Again, as far as traffickers are concerned, this is a way of making increasingly substantial profits.

Just to give you an idea, an organization we dismantled two years ago took in in the space of one year—and here I am referring to the person responsible for one network—more than \$1 million in profit. A pound of hashish, when it is bought in large quantities, can be obtained in Montreal for about \$1,000. A pound of dry hashish can be extended, by adding water and other substances, to make as much as three pounds. One pound sells for between \$2,500 and \$3,000 in Montreal. So, with an investment of \$1,000, one can make as much as \$6,500 in profit in a very short period of time. Hashish is a major problem on our territory.

There is also liquid hash, or hash oil, but it is found in far smaller quantities. We do occasionally seize hash oil, but only sporadically.

As far as marijuana is concerned, its use is rapidly tailing off in Montreal.

In the course of at least the last five or six years, we have also noted an increase in the market for PCP, or angel dust, which is the favourite drug of bikers in the Montreal area. The latter has taken control of this market, which is an extremely lucrative one. As you may know, PCP is the only drug that can have almost any effect on humans. It is a drug used in veterinary medicine, as an anesthetic for animals. In humans, the drug has a whole range of effects: it acts as an anesthetic, analgesic, stimulant, depressant, and hallucinogen. It is a drug that poses enormous problems, particularly since it is increasingly used by young people. We have seen users as young as 10 years old. The problem is that this particular drug sells very cheaply, and young people can therefore afford to buy it.

Using research data from the Ontario Addiction Research Foundation, we divided users into three distinct categories. First of all, the amateurs. These are people who simply want to satisfy their curiosity. Next, there are the partiers, that represent the largest group of users. These are people who use various drugs between 50 and 100 times a year in a party setting. And finally, there are the serious drug users or abusers. They are obviously our primary concern, because of the direct link between drug use and criminality. So much for the users.

We have also defined three distinct types of traffickers. First of all, there are the organized crime families that I have mentioned a number of times. These are people who are in a position to finance large-scale operations, thus



## [Texte]

leur permet d'importer en très grande quantité. Pour vous donner une idée de l'importance des sommes en jeu, une livre de haschisch, qui peut être vendue 1,000\$, peut être payée de 300\$ à 400\$ selon la quantité importée au Canada. Il y a aussi l'indépendant. C'est quelqu'un qui a beaucoup de contacts dans les organisations criminelles, mais qui n'est pas l'importateur. Il est ce qu'on appelle en termes du milieu une deuxième main. C'est donc celui qui achète directement de l'importateur, qui va aller chercher le meilleur *deal* auprès de différentes organisations criminelles. Son commerce est souvent assez lucratif, parce qu'il obtient de bons prix, et il va, à un moment donné, vouloir financer lui-même ses propres importations. C'est le phénomène des gens d'autres pays dont je vous parlais tout à l'heure. Il s'agit de gens venant de pays producteurs d'opium qui ont facilement accès à ces substances-là, soit par la poste, soit par des personnes d'autres pays en voyage au Canada. Au prix où ils peuvent payer leurs drogues, ils ont un marché fort lucratif. Finalement, il y a le trafiquant de rue qui pose un certain problème, pour ne pas dire un problème certain, dans une communauté comme la nôtre. Le trafiquant de rue est la personne qui s'expose de la façon la plus flagrante auprès de la population, qui se tient sur une rue passante et qui tient en quelque sorte un centre d'achat de stupéfiants dans la rue. À Montréal, une très belle rue, la rue Saint-Denis, a été prise sous contrôle par certaines personnes. On essaie depuis un mois de chasser ces personnes-là qui donnent une très mauvaise impression aux visiteurs et aux jeunes qui se promènent dans la rue.

On ne veut pas identifier un secteur particulier de la ville de Montréal comme étant le centre d'achat des stupéfiants dans la rue. Avec le temps, ces personnes deviennent tellement sûres d'elles-mêmes qu'elles importunent les passants et essaient d'intimider les gens qui ne veulent pas acheter les drogues qu'elles vendent.

L'importance du marché local: Je vous ai parlé tout à l'heure de l'héroïne qui représente un marché d'environ 450 millions de dollars sur notre territoire. Le cannabis est plus en demande, et les saisies prouvent qu'il y a beaucoup de marchandises sur le territoire. Son marché global pour l'année représente environ 750 millions de dollars. En tout en partout, on parle d'un marché annuel d'environ un milliard de dollars par année dans la région de Montréal.

Selon des études qui ont été faites aux États-Unis et qui ont été reprises par des gens de l'Université de Montréal, on peut associer le phénomène des stupéfiants à environ 70 p. 100 de la criminalité à Montréal. Que ce soit dans le domaine de l'homicide ou dans ceux des vols à main armée et des vols avec effraction, il est évident qu'il y a un lien direct entre le trafic des stupéfiants et la criminalité sur notre territoire. Dans le document que je vous ai présenté, je parle de l'omniprésence des stupéfiants dans le domaine de la prostitution.

• 1005

Au niveau de nos priorités d'intervention, nous avons mis de l'avant deux types d'évaluation de nos actions en

## [Traduction]

allowing them to import large quantities of drugs. Just to give you an idea of the kind of money that is at stake here, a pound of hashish, which may sell for \$1,000, costs between \$300 and \$400, depending on the quantity imported to Canada. There are also the independent traffickers. These are people who have lots of contacts with criminal organizations, but do not actually import the drug. They are middlemen, in a way. They buy the drug directly from the importer, getting the best possible deal from one of the various criminal organizations. Their business is often quite lucrative, as they get very good prices, and are eventually in a position to finance their own drug import schemes. This is the case with nationals of other countries that I was referring to earlier. These people are from opium-producing countries and have easy access to these drugs, either through the mail, or through couriers bringing the drug into Canada. Considering the price they pay for the drug, they have an extremely lucrative market. And finally, there is the street trafficker or pusher, who poses serious problems in a community such as ours. The street trafficker is the person who works right out in the open, in plain view; he stands on a busy street and operates a sort of narcotics shopping centre right on the street. In Montreal, we have a lovely street, Saint-Denis Street, which has been taken over by certain people. For the past month, we have been trying to get rid of these people, as they make a very poor impression on visitors and young people using the street.

We do not want to identify any particular area of the City of Montreal as being a narcotics shopping centre, so to speak. Over time, these people become so cocky that they bother passersby and try to intimidate people who won't buy the drugs they are peddling.

With respect to the size of the local market, I mentioned earlier that the heroin market represents about \$450 million in our jurisdiction. Cannabis is more in demand, and seizures have proven that there is a great deal of the drug available. In one year, the total market represents about \$750 million. Overall, sales of this drug represent about \$1 billion yearly in the Montreal region.

Based on studies conducted in the United States that were recently reviewed by researchers at the University of Montreal, narcotics is involved in approximately 70% of all crimes in Montreal. Be it homicide, armed robbery or breaking and entering, there is no doubt a direct link exists between narcotics trafficking and crime in the Montreal area. In the brief I have given, I mentioned the fact that narcotics are omnipresent in prostitution activities.

In terms of our priorities, we have put forward two types of assessment of our activities with respect to



**[Text]**

matière de stupéfiants. Il y a d'abord le degré de danger de la drogue. Quand des opérations peuvent être faites et qu'une priorité doit être établie, nous donnons priorité à l'héroïne et, dans un deuxième temps, à toutes les drogues chimiques, soit la cocaïne, le haschisch et la marijuana dans cet ordre. Il y a ensuite l'endroit présumé du trafic. Si le trafic a lieu près de maisons d'enseignement, nous lui donnons une première priorité; il y a ensuite les parcs ou les centres d'amusement, les endroits publics, les endroits licenciés et finalement les commerces et les maisons privées.

En conclusion, nous constatons que le trafic des stupéfiants est l'action de réseaux de plus en plus sophistiqués. Nous devons faire la guerre aux gens qui profitent de la naïveté ou du manque de connaissances des gens de notre région pour empocher des profits faciles.

Nos services policiers, notamment au niveau de la Gendarmerie royale dans la région de Montréal, commencent à travailler conjointement. Déjà cette action conjointe porte fruits, et je crois que ce sera la clé du succès dans notre lutte contre les stupéfiants dans la région de Montréal.

Il est évident aussi que la sensibilisation des gens et des législateurs et une plus grande sévérité des tribunaux envers les trafiquants pourront être un gage de succès de la lutte que nous menons.

Monsieur le président, je vous remercie.

**Le président:** Merci bien, monsieur Duchesneau.

We will now move to Staff Sergeant Hovey from the Metropolitan Toronto Police Force, and then I will call upon Mr. Barry Turner for the first questions, followed by Mr. Lesick. Staff Sergeant Hovey.

**Staff Sergeant Lawrence Hovey (Metropolitan Toronto Police Force; Canadian Association of Chiefs of Police):** Thank you, Mr. Chairman. It is a privilege to be here. My police experience with Metropolitan Toronto is 25 years. I have spent 20 years in drug enforcement.

Our problem in Metropolitan Toronto, as far as international and major, is the same as any other city. But I will spend most of my time down to the street level, where we have a problem, and this infects your families, your neighborhoods, whatever.

Drug abuse is a major concern to the Metropolitan Toronto Police. Up to March 15, 1987—this is just the first part of this year—121 attempted suicides were recorded with the use of sleeping pills, barbituates, and narcotics, and 17 drug overdoses were also recorded. Since 1984, up to and including 1986, 139 drug overdoses were recorded, and 2,058 attempted suicides by means of using sleeping pills, barbituates, and narcotics were recorded. I have supplied the panel with the print-out on this. The

**[Translation]**

narcotics control. First of all, how dangerous the drug is. When operations can be carried out and priorities must be set, our first priority is heroin, and after that, all the chemical drugs, namely cocaine, hashish, and marijuana, in that order. Next, there is the question of where the drug is supposedly being trafficked. If trafficking is being carried out near institutions of learning, we give that area priority; after that would come parks or amusement centres, public places, licensed places and, finally, businesses and private homes.

In conclusion, we note that narcotics trafficking is run by increasingly sophisticated networks. We must wage war on those who profit from the naivete or lack of education of people living in our area just to make easy profits.

The various police forces in Canada are now beginning to work together, particularly with the Royal Canadian Mounted Police in the Montreal region. This joint action is already starting to bear fruit, and I believe it will be the key to success in our fight against narcotics in the Montreal region.

There is no doubt, either, that effective education campaigns aimed at both the people and legislators, as well as more severity towards traffickers on the part of our courts, will ensure our success.

Thank you very much, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Duchesneau.

Nous passerons maintenant à M. Hovey, du Service policier de la ville de Toronto, et ensuite, je donnerai la parole d'abord à M. Barry Turner, et ensuite à M. Lesick. Sergent Hovey.

**Le sergent d'état-major Lawrence Hovey (Service policier de la région métropolitaine de Toronto; Association canadienne des chefs de police):** Merci, monsieur le président. C'est un privilège de pouvoir comparaître devant vous. J'ai 25 ans d'expérience au sein du Service policier de la région métropolitaine de Toronto. Je travaille dans le domaine des stupéfiants depuis une vingtaine d'années.

Le problème que nous avons dans la région métropolitaine de Toronto est le même que celui des autres grandes villes, en ce sens que c'est un problème important qui se situe au niveau international. Mais je vais parler surtout du problème que nous avons dans la rue, puisque cela touche vos familles, vos quartiers, etc.

L'abus des drogues est un problème qui inquiète beaucoup le Service policier de la région métropolitaine de Toronto. Jusqu'au 15 mars 1987—c'est-à-dire les tout premiers mois de l'année—il y a eu 121 tentatives de suicide à l'aide de somnifères, de barbituriques et de stupéfiants, ainsi que 17 surdoses. Entre 1984 et 1986, 139 surdoses ont été signalées, ainsi que 2,058 tentatives de suicide à l'aide de somnifères, de barbituriques et de stupéfiants. J'ai donné aux autres membres du groupe

[Texte]

major concern I have is that at the start of this year there were 17 so far, which to me is very alarming.

The drug-seeking addict committed 69 robberies, with 56 being armed. A total of 398 stores and businesses were broken into, and this includes drug stores, dentist offices, etc., of which we only have 500 in Toronto. Forgery and fraud, including false pretenses, involved 366 offences. Now, these are offences we are notified of by the Bureau of Dangerous Drugs; when they come across it, the inspectors or the pharmacy will notify them. So how many more are out there, we have no idea. I also have a print-out in regards to that. It is over a \$2 million business, the diversion of legal drugs into the illicit market.

[Traduction]

l'imprimé qui fait état de tout cela. Ce qui m'inquiète le plus, c'est que depuis le début de l'année, il y en a déjà eu 17, ce que je trouve extrêmement alarmant.

Au chapitre des vols, 69 vols ont été commis par des toxicomanes, dont 56 à main armée. Il y a eu 398 cas de vols avec effraction, dont les victimes étaient différents types de commerces, y compris les pharmacies, les cabinets de dentiste, etc., dont nous n'en avons que 500 à Toronto. Il y a eu 366 infractions de contrefaçon et de fraude, y compris l'obtention de drogues sous des prétextes fallacieux. Il s'agit là d'infractions dont nous fait part le Bureau des drogues dangereuses; ce sont les inspecteurs ou les pharmacies elles-mêmes qui signalent de telles infractions. Nous ignorons évidemment le nombre précis d'infractions commises. J'ai d'ailleurs un autre imprimé là-dessus. Mais les médicaments licites qui sont détournés vers les marchés illicites ont une valeur de plus de 2 millions de dollars.

• 1010

The Metropolitan Toronto police charged 3,521 individuals in 1986 with drug offences, with a total of 4,412 charges. Also, as you see through the booklet I have passed out, there is a "915" quoted there. That is undercover buys and charges we have pending to lay against the individuals.

En 1986, 3,521 personnes ont été inculpées d'infractions en vertu des lois relatives aux drogues sous 4,412 chefs d'accusation portés par la police de la région métropolitaine de Toronto. Dans le document qui vous a été distribué, vous trouverez le chiffre "915". Ce chiffre représente les achats par des agents provocateurs et les chefs d'accusation portés contre les vendeurs.

Starting on page 1, on the Toronto drug scene... we are not unlike any other city in Toronto. Our big concern is the purity level of the drugs. We will touch on that as we go through the booklet.

Je me reporte à la page 1, le milieu des toxicomanes à Toronto... Toronto n'est pas différente des autres villes. Notre principale inquiétude est le niveau de concentration des drogues. Nous en parlons davantage un peu plus loin.

Marijuana is one of the most common drugs, after alcohol, to be abused. Its concern to us is the fact that the marijuana today is not the marijuana of yesterday. We have families who grew up during the 1960s and who are now parents and raising their own kids. The marijuana they were using at that time was home-grown, with 0.75% purity in tetrahydrocannabinol—the THC content. Your "Mex" was 1.5%, and probably the better product went up to 2%. Now we are getting percentages of purity up to 7.9% pure THC content. So it is a different marijuana from what we saw as kids, what is out there now. This is a big concern. As they keep experimenting with the plants and the techniques of growing them, a marijuana cigarette may be just as good as a hit of LSD. It is a hallucinogenic drug, and that is all there is to it. The average now—again, that is quoted in the booklet—is 3.2% pure for Ontario.

La marijuana est, après l'alcool, une des drogues les plus fréquemment absorbées par les toxicomanes. Nous nous inquiétons du fait que la marijuana d'aujourd'hui n'est plus ce qu'elle était. Les enfants qui ont grandi dans les années 1960 sont aujourd'hui parents et élèvent leurs propres enfants. La marijuana qu'ils consommaient à l'époque était d'origine domestique, avec une pureté de 0,75 p. 100 en tetrahydrocannabinol, c'est-à-dire le THC. La pureté de la variété mexicaine était de 1,5 p. 100, et les meilleurs lots atteignaient sans doute 2 p. 100. Actuellement, les concentrations atteignent 7,9 p. 100 en THC. Ce que nous trouvons désormais est donc un produit différent de la marijuana de notre jeunesse. Cela nous inquiète gravement. Les croisements de plantes se poursuivent et les techniques de culture s'améliorent, si bien qu'une cigarette de marijuana peut être aussi puissante qu'une bonne dose de LSD. La marijuana est un hallucinogène, c'est indéniable. Pour citer encore un chiffre contenu dans le document, la pureté de la marijuana en Ontario atteint en moyenne 3,2 p. 100.

LSD of course is prevalent in Toronto, mostly now in what we call the polka dot form—micro-dot. Again with that, purity has increased dramatically.

Le LSD se trouve aussi couramment à Toronto, surtout sous la forme microdot. Là encore la pureté a grimpé en flèche.

On heroin, there was a slight decrease in our seizures from 1985 over to 1986, but a very dramatic rise in the purity on the street level. We have undercover officers who go can into certain establishments in Metropolitan

Nos saisies d'héroïne ont légèrement augmenté en 1986 par rapport à 1985, mais la pureté du produit qu'on trouve dans la rue a augmenté de façon spectaculaire. Nos agents provocateurs peuvent aller dans certains endroits à



## [Text]

Toronto and buy a hit of heroin and it will be up to 30% and maybe higher. We have seized it up to 100% in purity, and of course as low as 2%, with the average being 55.5% pure. It is scary, compared with what it was a few years ago. When I first started in drug enforcement, we had what was in North America one of the good types of heroin, at around 7%. New York City was around 3%. If an addict in New York City came to Toronto, he would probably have ODeD on his heroin.

Speed is still with us, of course, methamphetamines. Joint forces between Metro Toronto and the RCMP were able to locate in the last couple of years approximately seven labs. This is a joint force chemical unit we had formed to combat speed investigation. It is mainly still controlled by the biker squads. But the labs are still there. Very few are found within the cities now. They are out in the outlying areas, on farms that are no longer productive and things of that nature.

Cocaine: well, as the saying goes, in Toronto we are snowed under, and that is all there is to it. Purity level is as high as 100%; the average is 55.2%, and 80% of the drug squad officer's time is spent on cocaine investigation. We in Toronto have 80 officers who work full-time on drug enforcement.

Crack: we have all heard about crack in the news. It is called "rock" in Toronto. It has been here a while. We first started seeing it in the last of 1985 and the first of 1986. It is a very scary drug. How it spread in Los Angeles. . . it started about five years ago and spread clear across the United States to New York City, and then hit our border towns within four to five years. It totally destroyed some neighbourhoods.

• 1015

We have run across about four rock houses in Toronto so far. The purity has been running around 88%. What is scary about it is the availability to the younger crowd. The initial outlay is much cheaper than for cocaine. Cocaine runs around approximately \$150 a gram in Toronto. You can go down and get a couple of rocks, or crack, as they call it, for around \$30. So the initial experimentation with crack is much cheaper, but in the long run it is certainly more expensive.

It can be made in a minute and a half. All you need is a Bic lighter, a watch-glass, a little bit of cocaine, some baking soda and a little dash of water. Mix it up, heat it for half a minute, let it cool off and roll it in your hands or shake it in a vial, and you have crack.

The difficulty the police have in raiding crack houses is that very little drugs have to be kept on the premises. As a result, when we do raid it, unless we have supporting evidence, it is strictly a possession charge. We have a

## [Translation]

Toronto et acheter une dose d'héroïne dont la pureté atteindra 30 p. 100 ou plus. Nous avons saisi des lots dont la pureté étaient de 100 p. 100, mais comme il y en a dont la concentration n'est que de 2 p. 100, la moyenne s'établit à 55,5 p. 100. Il y a de quoi être véritablement inquiet quand on compare à ce que la situation était il y a quelques années. Quand j'ai débuté dans ce travail antidrogue, nous avions à Toronto une des bonnes variétés d'héroïne en Amérique du Nord, dont la concentration était de 7 p. 100 environ. À New York, elle était de 3 p. 100. Si un toxicomane newyorkais venait à Toronto, il courait le risque d'une surdose avec cette héroïne.

Bien entendu, il y a encore les méthamphétamines. Un regroupement des forces policières de Toronto et de la GRC a pu repérer quelque sept laboratoires depuis quelques années. Nous avons créé ce regroupement des forces en une unité chimique pour la détection du «speed». Cette drogue est surtout contrôlée par les gangs de motards. Les laboratoires n'ont cependant pas disparu. On en trouve très peu en ville car ils se sont repliés dans les banlieues, dans des fermes désaffectées.

La cocaïne maintenant: comme on le dit, Toronto est enfouie sous une avalanche de neige, c'est le moins qu'on puisse dire. La concentration peut atteindre 100 p. 100 et la moyenne est de 55,2 p. 100, la cocaïne monopolisant 80 p. 100 du temps de la brigade des stupéfiants. À Toronto, il y a 80 agents qui consacrent tout leur temps au travail anti-drogue.

Tout le monde a entendu parler du crack aux informations. À Toronto, on appelle cela le «rock». Cette drogue sévit depuis un certain temps car elle a fait son apparition entre la fin de 1985 et le début de 1986. C'est une drogue très effrayante. Elle s'est propagée à partir de Los Angeles. . . c'est là qu'on l'a vu pour la première fois il y a cinq ans et elle s'est propagée à travers les États-Unis jusqu'à New York pour ensuite traverser nos frontières. Dans certains cas, elle a détruit des quartiers entiers.

Nous avons trouvé quatre maisons de rock jusqu'à présent à Toronto. La pureté de la drogue saisie atteignait environ 88 p. 100. Cette drogue est effrayante parce qu'elle est à la portée des jeunes. La première dose est bien meilleur marché que pour la cocaïne. La cocaïne coûte environ 150\$ le gramme à Toronto. On peut toutefois obtenir quelques doses de rock ou de crack pour 30\$ environ. La première dose de crack est bien meilleur marché mais à long terme, c'est certainement plus cher.

On peut fabriquer le crack en 90 secondes. Il suffit d'un briquet Bic, d'une lamelle de verre, d'un peu de cocaïne, de bicarbonate de soude et d'un peu d'eau. Le tout est mélangé, chauffé 30 secondes, refroidi et roulé dans la main ou encore secoué dans une éprouvette. C'est tout ce qu'il faut pour fabriquer le crack.

Les descentes dans les maisons où se fabrique le crack sont difficiles pour la police car elle ne trouve que peu de drogue sur les lieux. Ainsi, quand il y a une descente, à moins d'avoir des preuves connexes, on ne peut que



[Texte]

problem with drug enforcement in this sense with the people who run crack houses.

Really, in a sense it is a poor man's free-basing. The richer type of free-basing is with ether. I think the famous case we always hear about is the Pryor case.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Excuse me, Mr. Chairman. I am just curious to know. Do we have the room until 11 a.m., Mr. Chairman? Do we have to vacate for another committee by then?

**The Chairman:** Yes, we do, and I have to be in the house by 11 a.m. myself.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I wonder if Mr. Hovey might give us a summary.

**The Chairman:** I am sorry. We are running short of time. The committee is going to want to have some time to ask some questions. If you could just highlight the rest of your presentation, we can have it printed in our *Minutes of Proceedings and Evidence* for today, and we can complete this.

**S/Sgt Hovey:** Yes. One thing I did want to touch on was the head shops, the paraphernalia shops. I brought some material along with me which is very easy to buy in any city in Ontario or in Canada. One is entitled *How to Grow Marijuana—Indoors, Outdoors*. Another booklet is entitled *The Pleasure of Cocaine*. There is one particular page in it, headed "Buying and Selling Cocaine", which tells how much money you can make, tips on how you can rip off the person you are selling it to, and fudging on the weights. You can buy them anywhere in any major city. Other items include cutting agents of cocaine, crack pipes, other mixing agents, and testers. If you do not know your source, there are scales, and caustic soda for making crack.

If you have everything and do not know what to give a man for Christmas, here is a cocaine kit. There is a mirror, of course, and a razor blade to cut it up. If it is lumpy, mix it up. It contains a snorting tube, a vial and a little spoon. These are available in any city.

We as police officers feel it is a mockery of our education. We are trying to get kids off this. But they can go in any store and buy this any time at all.

There is a paraphernalia law in the United States that handles this. I have left a copy. Unfortunately I did not have time to print it. This is what we have anywhere. We are trying to keep our kids off drugs. This is what we have. Thank you.

**The Chairman:** Thank you for shortening your verbal presentation and giving us an actual eyesight into what is available on the open market and in the streets.

[Traduction]

procéder à des inculpations de possession. La brigade antidrogue a donc des difficultés quand il s'agit d'arrêter les trafiquants de crack.

En vérité, il s'agit du procédé d'épuration du pauvre. Pour les plus nantis, l'épuration se fait avec de l'éther. L'affaire la plus célèbre dont on entend toujours parler est l'affaire Pryor.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Excusez-moi, monsieur le président. Je voudrais tout simplement savoir si nous disposons de la salle jusqu'à 11 heures? Devons-nous alors la libérer pour laisser la place à un autre comité?

**Le président:** Oui, en effet. Quant à moi, je dois aller à la Chambre à 11 heures.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** M. Hovey pourrait-il nous donner un résumé, alors?

**Le président:** Excusez-moi. Nous allons manquer de temps. Les membres du Comité veulent vous poser des questions. Pourriez-vous tout simplement faire ressortir les points saillants de votre exposé, qui de toute façon sera consigné au procès-verbal de la séance d'aujourd'hui?

**Sgt/A Hovey:** Très bien. Je voulais parler des magasins spécialisés, où on trouve l'attirail des toxicomanes. J'ai ici quelques exemples qui prouvent à quel point il est facile d'acheter cet attirail dans n'importe quelle ville d'Ontario et du Canada. Par exemple, il y a un dépliant sur la façon de cultiver la marijuana, à l'intérieur ou à l'extérieur. Dans un autre, on vante les plaisirs de la cocaïne et on trouve dans ce dépliant une page intitulée «Acheter et vendre la cocaïne». On vous explique quel profit vous pouvez réaliser, on vous donne des conseils sur la façon de truander des acheteurs en trafiquant le poids de la cocaïne vendue. Cela s'achète dans n'importe quelle grande ville. On trouve aussi les excipients auxquels mélanger la cocaïne, des pipes pour le crack, d'autres excipients, des éprouvettes. Pour ceux qui ne connaissent pas le fournisseur, il y a une balance, et il y a aussi du bicarbonate de soude pour fabriquer le crack.

Pour ceux qui ne savent pas quoi offrir en cadeau à Noël, il y a la trousse à cocaïne. Il y a un miroir, bien entendu, et une lame de rasoir pour couper les grumeaux, pour mélanger, une pipette à sniffer, un flacon et une petite cuillère. On trouve cela dans n'importe quelle ville.

Nous, de la police, nous pensons que c'est se moquer de ce que l'on veut enseigner à nos enfants. À quoi bon essayer s'ils peuvent acheter cela dans n'importe quel magasin, n'importe quand.

Aux États-Unis il existe une loi sur l'attirail, dont je vous laisse copie. Malheureusement je n'ai pas eu le temps de la photocopier. On trouve cela partout. Nous essayons d'empêcher nos enfants d'avoir accès à la drogue, et voilà ce que l'on trouve. Merci.

**Le président:** Merci d'avoir écourté votre exposé et de nous donner l'occasion de voir de nos propres yeux ce que l'on trouve sur le marché, dans les rues.

[Text]

We will move now to questions. Because of the shortage of time... we do have another witness waiting to be heard, Norman Panzica. We will have five minutes for each questioner. We will start with Mr. Turner and then Mr. Lesick.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman. I want to welcome our witnesses. Thank you all. You are indeed practical experts in the field, I hear. The type of testimony we have been receiving in the last six or eight weeks is somewhat frightening.

In five minutes I am not sure I can cover what I want to get at here. I think I will start with what you just finished with, Staff Sergeant Hovey, on the paraphernalia that is so readily available. I find this absolutely preposterous. Here we are spending hundreds of millions of dollars to eradicate a multi-billion-dollar illegal industry, and this can be purchased at will on the street.

• 1020

Now my question to all of you is this: Should the government or governments, federal and provincial, take steps to make the sale of this material completely illegal? That is my first question.

**S/Sgt Hovey:** Yes, definitely. I have researched it for some time in Toronto for the chiefs of police. In 1981 we had approximately 84 stores in Toronto, from the little variety store up. It is a \$5-million business and it is promoting what we are trying to stop.

**Mr. Turner (Nepean—Carleton):** Do other members feel the same way?

**Mr. D. Cassidy:** The CACP passed a resolution three or four years ago to have paraphernalia banned in this country and we had no reaction to it. The resolution went to the government and we got a thank you, but that was it.

**Mr. Turner (Nepean—Carleton):** I have another question for whoever wishes to respond, Mr. Chairman.

You have identified the cost to our society in terms of the impact it has on the workplace through lack of productivity. There is an excellent list on page 14 of Staff Inspector Hovey's submission based on a Miami assessment of the time lost, etc. etc. Do you think we should be focusing on compulsory testing in the workplace, and I will underline the public workplace, initially? If the examples work well there, should it go into private workplaces to find out which people are actually having drugs affect their lives and productivity in our country?

**M. Duchesneau:** Monsieur le président, dans la région de Montréal, on constate de plus en plus que les grosses compagnies, que j'éviterai de nommer, rencontrent de plus en plus de problèmes au niveau de la productivité et de la sécurité au travail.

[Translation]

Nous passons aux questions. Étant donné que nous n'avons pas beaucoup de temps... il y a un autre témoin qui attend, c'est Norman Panzica. Chaque intervenant aura cinq minutes. M. Turner, d'abord, et M. Lesick ensuite.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président. Je tiens à souhaiter la bienvenue à nos témoins. Merci à tous. Vous avez l'expérience concrète du domaine. D'après les témoignages que nous entendons depuis six ou huit semaines, il y a de quoi s'affoler.

En cinq minutes, je ne pourrai sans doute pas obtenir réponse à toutes mes questions. Je vais commencer par ce dont vous venez tout juste de parler, sergent Hovey, l'attirail qui est disponible partout. Je trouve cela absolument grotesque. Nous dépensons des centaines de millions de dollars pour nous débarrasser d'une entreprise clandestine représentant des milliards de dollars, et voilà qu'on peut acheter cela dans la rue.

Voici maintenant la question que je vous pose, à vous tous: le ou les gouvernements, fédéral et provinciaux, devraient-ils prendre des mesures pour en rendre la vente tout à fait illégale? Voilà ma première question.

**Sgt/A Hovey:** Oui, absolument. J'ai fait une recherche pendant un certain temps à Toronto pour les chefs de police. En 1981, nous avions environ 84 magasins à Toronto, à partir du dépanneur du coin en montant. Cela rapporte quelque 5 millions de dollars par année tout en faisant la promotion de ce que nous essayons d'empêcher.

**M. Turner (Nepean—Carleton):** Et il y en a d'autres qui sont du même avis?

**M. D. Cassidy:** L'Association canadienne des chefs de police a adopté une résolution il y a trois ou quatre ans pour faire interdire tous ces accessoires partout au pays et cela n'a suscité aucune réaction. Cette résolution a été présentée au gouvernement, on nous a remerciés et on s'en est tenu là.

**M. Turner (Nepean—Carleton):** Une autre question pour quiconque voudrait répondre, monsieur le président.

Vous nous avez dit combien il en coûtait à notre société à cause du manque de productivité de notre main-d'oeuvre. Il y a une excellente liste à la page 14 du document de l'inspecteur Hovey, qui a été dressée d'après une évaluation faite à Miami du temps perdu et ainsi de suite. Faudrait-il donc mettre l'accent sur des tests obligatoires pour les employés et, au tout début, et j'insiste là-dessus, pour ceux de la Fonction publique? Si l'exemple est bon à ce niveau, devrait-on alors le faire chez les employeurs du secteur privé pour savoir quels sont ces employés dont l'intoxication nuit à la productivité?

**Mr. Duchesneau:** Mr. Chairman, in the Montreal area, we see more and more big companies that I will avoid naming having more and more problems with productivity and safety in the work place.



[Texte]

Au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité au travail est responsable de la mise en application d'une loi qui est quand même assez rigide. Et l'employeur peut être tenu responsable des blessures causées à ses employés. Or, les employeurs commencent à faire face à ce problème et ne savent pas, justement, comment le régler. La façon dont la police peut le régler, effectivement, c'est de procéder à des achats et à des arrestations. Mais est-ce que ça règle réellement le problème? Je ne le crois pas.

Quand je parle de grosses compagnies, je parle de très grosses compagnies qui ont jusqu'à des dizaines de milliers d'employés. Et le problème est majeur, que ce soit pour la secrétaire ou l'employé travaillant sur des chaînes de montage.

Donc, à cette question, monsieur Turner, je vous réponds oui. Je pense qu'on devrait faire un pas en avant dans ce milieu-là.

**Mr. Turner (Nepean—Carleton):** Merci.

My last question is to Chief Inspector Stamler. You talk of the need for the government to somehow attack the profits of the illicit-drug industry. How do we do that?

**Supt Stamler:** Well, I firmly believe it is done through good investigations and certainly training of police personnel is a vital step. I think the training of prosecutors is necessary, and even perhaps sensitizing the judges who hear these cases so that they are aware of the problems connected with the profits from the drug trade. Certainly last but not least is the law; it has to be put into the 21st century, perhaps.

We have to look ahead and we have to understand the nature of the drug problem at the international level and understand the nature of the major crime groups involved at the international level. We must develop a law that will understand that many offences will be committed in many jurisdictions at the same time. It is those offences that produce the type of profits which keep the drug trade going. We need to have good legislation.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Turner. Mr. Lesick, five minutes, then Mr. Mantha.

**Mr. Lesick:** Thank you very much, Mr. Chairman. I want to thank the witnesses very much for bringing me up and opening the door to a new world that I had never heard of and had never seen. I am not a young guy any more and it is most revealing. It seems to me it is like fighting clouds or smoke: when you get your hand in, then you have virtually nothing. You are telling me that the problem is getting worse, and there is no question about that, but you have no direct answers. The inspectors mentioned some stricter law enforcement, but surely out of all of this, the four of you and all of your committees might be able to ask what can be done. You recommend a

[Traduction]

In Quebec, la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Workmen's Compensation) is responsible for the implementation of legislation that is rather rigid. And the employer can be held responsible for injuries caused to employees. Now the employers are starting to be faced with that problem and do not quite know how to solve it. One way for the police to solve it, of course, is to make a buy and arrest the seller. But does that really solve the problem? I do not think so.

When I am talking about big companies, I mean really huge ones that have up to tens of thousands of employees. And it is a major problem, whether we are talking about a secretary or an employee working on the assembly line.

So, to that question, Mr. Turner, I would answer yes. I think we should be taking a step forward in that area.

**Mr. Turner (Nepean—Carleton):** Thank you.

Je pose ma dernière question à l'inspecteur en chef Stamler. Vous dites que le gouvernement doit s'attaquer aux profits réalisés grâce au commerce des drogues illégales. Comment fait-on?

**Sdt Stamler:** Je crois fermement que cela peut se réaliser en faisant de bonnes enquêtes et il devient alors vital de bien former nos policiers. Je crois aussi qu'il est nécessaire de bien former les avocats de la Couronne, sans oublier aussi, peut-être, de sensibiliser les juges qui sont saisis de ces cas de façon à ce qu'ils connaissent bien les problèmes connexes aux profits réalisés grâce à ce commerce. Le dernier facteur, mais non le moindre, c'est la loi elle-même: elle doit quand même tenir compte de ce que nous vivons au 21e siècle.

Il nous faut prévoir l'avenir et nous devons comprendre la nature du problème posé par les drogues au niveau international et il nous faut aussi comprendre la nature des principaux regroupements de criminels à ce même niveau. Il nous faut adopter une loi en fonction de crimes qui seront commis dans plusieurs territoires à la fois. C'est grâce à ces crimes-là qu'on réussit à réaliser ces profits mirobolants qui nourrissent ce trafic de drogues. Il nous faut de bonnes lois.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Turner. Monsieur Lesick, vous avez cinq minutes et M. Mantha vous suivra alors.

**M. Lesick:** Merci beaucoup, monsieur le président. Je tiens à remercier les témoins pour m'avoir renseigné à propos d'un nouveau monde dont je n'avais jamais entendu parler et que je n'avais jamais vu. Je ne suis plus très jeune et c'est une véritable révélation. On dirait que nous nous battons contre des nuages ou contre de la fumée: on y plonge la main tant qu'on veut, mais on n'a rien dans la main lorsqu'on l'ouvre. Vous me dites que le problème ne fait qu'empirer, et cela ne fait aucun doute, mais vous n'avez pas de réponse directe. Les inspecteurs ont parlé d'appliquer la loi de façon un peu plus draconienne, mais de tout cela, vous quatre et tous vos



[Text]

new law for the 21st century, but you do not tell me what that law would be.

• 1025

I know there is no direct answer, because it would all be solved if there were, but it is getting more troublesome and the drugs are getting purer. What can you offer me, other than what you are giving us here, as to what we might do? If the laws are more strict and if the judges are more sensitive, then the procurement is easier. In the last 15 years, we have seen laws that have been in place, but we have always said that we have to look after the one who has perpetrated the crime. In the meantime, the crime is escalating. What is your simple answer?

**Le président:** Monsieur Duchesneau.

**M. Duchesneau:** Un des problèmes auxquels nous devons faire face, dans un corps policier comme le nôtre, c'est principalement un problème financier. Nous saisissons, chaque année, des millions de dollars que nous ne pouvons compter récupérer. Cet argent-là est remis au gouvernement fédéral. A titre d'exemple, nous augmentons, la semaine prochaine, nos effectifs à la Division des stupéfiants, de 21 policiers. Donc, cela représentera une facture d'environ 3 à 4 millions de dollars pour les contribuables montréalais. Il est évident qu'en augmentant nos effectifs, nous allons saisir de plus en plus de substances, mais jamais cet argent-là nous revient. Nous combattons les stupéfiants avec des moyens archaïques alors que les gens qui sont dans le domaine des stupéfiants utilisent les méthodes les plus raffinées. L'exemple le plus flagrant et le plus contemporain, c'est le téléphone cellulaire. Pour nous, cela pose énormément de problèmes au niveau de l'écoute électronique. Malheureusement, nos budgets ne nous permettent pas de faire l'achat de cet équipement-là ou de faire l'achat de téléphones cellulaires. Donc, il y a sûrement une dichotomie entre l'argent qu'on saisit et l'argent qui ne nous revient pas. Cela, moi je peux vous dire qu'en termes de corps policier municipal c'est le problème majeur que nous rencontrons.

**Supt Stamler:** On that particular point, I think education is a key factor in the long term. I believe that as long as Canadians are paying the type of prices that they are paying for illicit drugs at the street level, there will be a producer in the world. There is no question about that, but I think a good sound education program in the long term is one of the answers. Certainly law enforcement, as my colleague from Montreal has indicated, is also a very important aspect, because without putting the emphasis there, we will see larger organized crime groups in this country emerging without much question.

**Mr. Lesick:** Are pornography and prostitution inter-related with drugs? Is there some relationship with the pornography that you have on the streets?

[Translation]

comités pourraient peut-être quand même dégager une solution. Vous recommandez d'adopter des lois qui nous plongeraient en plein milieu du 21e siècle, mais vous ne me dites pas de quelle loi il pourrait s'agir, nommément.

Je sais bien qu'il n'y a pas de réponse directe à la question, sinon tous nos problèmes seraient d'ores et déjà résolus, mais le problème rempire et les drogues deviennent plus pures. Quelle solution avez-vous à me proposer à part ce que vous m'avez déjà dit? Si les lois sont plus strictes et les juges plus sensibles, l'approvisionnement n'en devient que plus facile. Nous savons fort bien quelles sont les lois en place depuis les 15 dernières années, mais on nous a toujours dit qu'il faut prendre des gants avec l'auteur du crime. En attendant, le crime est à la hausse. Quelle réponse simple pouvez-vous me donner?

**The Chairman:** Mr. Duchesneau.

**Mr. Duchesneau:** One of the problems we have to face in a police organization like ours is mainly financial. Every year, we seize millions of dollars that we cannot get back. That money is handed over to the federal government. For example, next week, we will be increasing our staff by 21 police officers in the drug division. That represents some \$3 or \$4 million for our Montreal taxpayers. Of course, by increasing our staff, we will be seizing more and more stuff, but we never get our hands on the money. We are fighting drugs with outdated technology while the people who are dealing in drugs use the most sophisticated methods. The most flagrant and the most modern example I can give you is the cellular telephone. That instrument causes us all kinds of headaches for bugging. Unfortunately, our budgets do not allow us to buy that kind of equipment or even to buy cellular telephones. So there is certainly a wide gap between the money that we seize and the money that we do not get. I, for one, can tell you that in terms of municipal police organizations, it is the major problem that we have.

**Sdt Stamler:** Précisément à ce propos, je crois que l'éducation est un facteur clé sur le long terme. Je crois que tant et aussi longtemps que les Canadiens paient le genre de prix qu'ils paient aux détaillants de ces stupéfiants, il se trouvera quelqu'un au monde pour en produire. Cela ne fait aucun doute, mais je crois aussi qu'à long terme une des réponses c'est justement un bon programme éducatif. Comme l'a dit mon collègue de Montréal, l'action policière est aussi un facteur très important car, s'il n'y en a pas, nous verrons les groupes les plus importants du crime organisé du pays émergés presque sans opposition.

**M. Lesick:** Y a-t-il une relation entre la pornographie, la prostitution et les drogues? Y a-t-il une relation entre ça et le racolage?

[Texte]

**S/Sgt Hovey:** No, not in Toronto. We do not see it in the city itself, but if you go back to the organized crime families, you are going to see the inter-connection between the two different products. You do not see it down on the street level or in your neighbourhoods.

**Mr. Lesick:** All right.

**Le président:** Monsieur Duchesneau.

**M. Duchesneau:** C'est relié, en ce sens que... Vous savez, surtout dans un climat comme celui que nous avons au Canada, à Montréal principalement, il est très difficile pour une prostituée de le faire, si vous voulez, «à froid». La majorité des prostituées que nous arrêtons sont adeptes de la drogue. À vrai dire, ce n'est pas très enrichissant de faire de la prostitution dans les rues de Montréal, mais c'est une façon de s'évader. Et je pense que c'est la façon utilisée, en tout cas, par les prostituées montréalaises qui cherchent une évasion en pratiquant ce métier qui est quand même assez difficile, pour ne pas dire très difficile.

**Le président:** Merci bien.

• 1030

**Mr. Mantha:** I go back to page 9... and you often read about that, where they go for a lesser charge or just drop the charges. Is one possible reason for this because maybe lawyers do not make a high enough dollar to chase these little marijuana things? Or is it the provincial courts? Is it the federal courts? Both our federal people and our provincial people are well paid, I think.

**S/Sgt Hovey:** I think you will find that on the contrary, the defence lawyer will insist that he go and take it upstairs as a defence bargaining tool. As a result, we will back down because of the cost and money of taking a charge upstairs of such a small nature. But to that community, the shopping plaza, the parents and the grandmother, it is not a small nature.

**Mr. Mantha:** So why do we go along with this?

**S/Sgt Hovey:** That is a question I am asked in this committee to suggest.

**Mr. Mantha:** No, I am just saying in your experience. I will be honest with you; it is the first time I have seen all this stuff here. I guess in my day we tried to chase the girls—no offence. But we are in different times now, I guess.

**S/Sgt Hovey:** Yes, we are.

**Mr. Mantha:** But why would you not—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We still chase girls, though.

**Mr. Mantha:** No, too old.

[Traduction]

**Sgt/A Hovey:** Non, pas à Toronto. Ce n'est pas quelque chose que nous constatons dans la ville elle-même, mais si vous allez voir un peu du côté des «familles» du crime organisé, vous constaterez la relation entre ces deux produits différents. Mais ce n'est pas quelque chose que vous verrez dans la rue ou dans vos voisinages.

**M. Lesick:** Bon.

**The Chairman:** Mr. Duchesneau.

**Mr. Duchesneau:** There is an interrelationship in the sense that... you know, especially in a climate like the one we have in Canada and especially in Montreal, it is very difficult for a prostitute, if you will pardon the expression, to do it "cold turkey". The majority of prostitutes we arrest are drug users. In fact, streetwalking in Montreal is not the way to get rich quick but it is a form of escape, and I think that it is used, in any case, by Montreal prostitutes who are looking for escape while plying their trade, which is rather difficult, if not extremely difficult.

**The Chairman:** Thank you very much.

**M. Mantha:** Je reviens à la page 9... et on entend beaucoup parler de ce phénomène, soit qu'on porte une accusation moindre, soit qu'on laisse tout simplement tomber l'accusation. Serait-ce peut-être parce que les avocats ne font pas assez d'argent pour que ça vaille la peine de pousser plus loin ces petites affaires de marijuana? Est-ce que c'est plutôt les cours provinciales? Est-ce que c'est plutôt les cours fédérales? Il me semble quand même que nos gens sont assez bien payés, que ce soit au fédéral ou au provincial.

**Sgt/A Hovey:** Je crois au contraire que vous verrez que l'avocat de la défense insistera et qu'il ira jusqu'au bout et que cela, finalement, lui servira d'outil de négociation. Résultat, nous laisserons tomber parce qu'il en coûterait trop cher d'aller jusqu'au bout pour une aussi petite infraction. Mais pour la communauté où cela se passe, pour le centre commercial où cela se passe, pour les parents et la grand-mère, ce n'est pas qu'une mince affaire.

**M. Mantha:** Alors pourquoi jouons-nous le jeu?

**Sgt/A Hovey:** C'est une question à laquelle on me demande de répondre ici même.

**M. Mantha:** Non, je me fie un peu à votre expérience. Pour parler franc, c'est la première fois que je vois tous ces trucs ici. Dans mon jeune temps, on courait plutôt le jupon, avec tout le respect que je dois aux personnes du sexe opposé. On dirait que les temps ont changé.

**Sgt/A Hovey:** Oui, ils ont changé.

**M. Mantha:** Mais pourquoi pas... .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mais on court toujours les jupons, vous savez.

**M. Mantha:** Non, on est trop vieux.



## [Text]

Like some of those apparatuses, the last time I saw a pipe—and you call that a pipe—is when I used to deliver at a Chinese restaurant where they used to huddle in the kitchen and smoke the big long pipe. I always thought they were smoking tobacco; that is how much I knew.

But the people who buy it, can you not go after governments? Is it federal or provincial governments that would halt the sales of such items? And if so, could you not have something like somebody signs for the article he is buying? It would be easier for you guys to chase down.

**S/Sgt Hovey:** The Canadian chiefs of police, of course, have been lobbying to get a federal statute or even an amendment to the Narcotic Control Act or its regulations, and also I believe there has been deputation made to the provincial level. Down in the United States, they first started on a state level the Model Drug Paraphernalia Act.

**Mr. Mantha:** But even if we passed it federally, I do not know, but I imagine it would have to go through each of the provinces. That is how I imagine things run when we go to sales.

**S/Sgt Hovey:** That is correct. With that, with improving our education to new or future generations, take this away and educate them at the same time. We have to keep in mind our drug addict or trafficker now, he is there and he is going to be hard to stop. But the next kids coming up or kids coming up, let us educate them.

**Mr. Mantha:** I live in the north country. Where in the hang would you buy that? Would you buy it at Towers or something or the drugs they have? Where would you buy this? Northern Ontario, I mean; we are in remote areas.

**S/Sgt Hovey:** Yes. A lot of little variety stores and smoke shops have it under the counter. I can go down to my hometown in New Brunswick and it can be found outside on the Miramichi.

**Mr. Mantha:** Is that right? That is all, Mr. Chairman.

**Le président:** Monsieur Duchesneau.

**M. Duchesneau:** Là-dessus, monsieur le président, je voudrais ajouter qu'on ne parle pas de ventes sous le comptoir. C'est fait ouvertement. Nous avons à Montréal, sur la rue Ste-Catherine—principale artère commerciale—des magasins spécialisés uniquement dans la vente de ces équipements-là. Vous pouvez vous y présenter et leur dire que vous voulez, pour couper votre cocaïne, avoir un mélange de 30 p. 100 de mannitol et de 60 p. 100 de

## [Translation]

Vous savez, pour ces instruments que vous nous montrez, la dernière fois que j'ai vu une pipe, car vous appelez cela une pipe, c'est quand j'ai livré des trucs au restaurant chinois où ils se rassemblaient en groupe dans la cuisine pour fumer cette pipe immensément longue. Moi, j'ai toujours cru qu'ils s'en servaient pour fumer du tabac; voilà tout ce que j'en savais.

Mais pour ces gens qui l'achètent, ne pouvez-vous pas vous en prendre au gouvernement? N'est-ce pas les gouvernements fédéral ou provinciaux qui devraient interdire la vente de ces trucs? Et, si c'est le cas, ne pourrait-on pas avoir une loi imposant à l'acheteur de signer un papier pour cet article qu'il achète? Ce serait plus facile pour vous de les rattraper.

**Sgt/A Hovey:** Les chefs de police du pays, évidemment, essaient de faire adopter soit une loi fédérale précise, soit un amendement à la Loi sur les stupéfiants ou au règlement qui en découle et je crois qu'on s'est aussi adressé aux divers gouvernements provinciaux. Aux États-Unis, ils ont d'abord commencé par proposer, aux divers États, une loi modèle sur le matériel servant à la consommation de stupéfiants.

**M. Mantha:** Mais même si nous adoptions une pareille loi au niveau fédéral, je ne sais pas, mais je crois bien qu'il faudrait quand même que chacune des provinces l'adopte. Lorsqu'il s'agit de ventes d'attirail, je crois bien que c'est comme cela que ça fonctionne.

**Sgt/A Hovey:** C'est exact. Avec de telles mesures, en éduquant mieux nos générations futures... c'est-à-dire qu'on enlève ces articles à nos jeunes et qu'on les renseigne mieux sur toute la question. Il ne faut quand même pas oublier nos consommateurs et trafiquants actuels, car ils sont là, ils existent et il sera difficile de les arrêter. Mais nos petits jeunes qui grandissent, c'est le temps de les renseigner et de faire leur éducation.

**M. Mantha:** Je vis dans le Nord. Où diable peut-on acheter ce genre de trucs? Vous achetez ça chez Towers ou vous achetez le genre de produits pharmaceutiques qu'ils vendent dans ces magasins? Où les gens peuvent-ils acheter ces choses? Dans le nord de l'Ontario, je veux dire; après tout, nous vivons dans une région éloignée.

**Sgt/A Hovey:** Oui. Beaucoup de petits dépanneurs du coin et de marchands de tabac vous vendront cela sous le manteau. Je peux me promener chez moi, au Nouveau-Brunswick, et je vais en trouver partout le long de la Miramichi.

**M. Mantha:** C'est vrai? C'est tout, monsieur le président.

**The Chairman:** Mr. Duchesneau.

**Mr. Duchesneau:** I would simply like to add to that, Mr. Chairman, that we are not talking about under-the-counter sales, here. It is done quite openly. In Montreal, on St. Catherine Street, our main business street, there are stores that specialize and that sell only that kind of stuff. You can walk in there and tell them that, you know, to cut your cocaine, you want a 30% mannitol and 60% lactose mix. They will mix it up for you right there so it



[Texte]

lactose. On va vous faire le mélange pour que ce soit meilleur pour votre nez ou pour votre constitution. On en est arrivé là!

Donc, ce n'est pas quelque chose qui se fait sous le comptoir; cela se fait ouvertement. Et nous avons tenté de poursuivre ces magasins-là mais il n'y a absolument rien à faire, ni avec des lois fédérales, provinciales ou municipales. C'est tout à fait légal. Et on vous vend ouvertement, dans des grandes vitrines, les plaisirs de la cocaïne ou de l'héroïne ou de ce que vous voulez. Et c'est là qu'il y a danger pour notre jeunesse. On est en train de leur donner des modèles à suivre, tout simplement en le faisant ouvertement comme cela. Et je trouve cela regrettable!

**The Chairman:** It is unbelievable, is it not? Thank you very much. Thank you, Mr. Mantha.

Dr. McCurdy, five minutes, and then Ms Copps, five minutes; then we will discuss the plans for the rest of this hearing today.

**Mr. McCurdy:** I want to apologize first of all for being late, and I regret missing the first part of your testimony, but I found what I did hear useful. I think you suggested that laws should be brought into the 21st century, with respect to illicit drug trade. I was surprised that you did not make any reference to the American law on criminal profits. What do you think about the introduction into Canadian law, I presume in the Criminal Code and tax legislation, of provisions that would make all criminal profits subject to take-over by the federal government?

• 1035

**Supt Stamler:** I do not think I would put it in the same words, but certainly—

**Mr. McCurdy:** I would hope not.

**Supt Stamler:**—I believe it is absolutely important that we recognize the nature of the drug trade, the involvement of organized crime, and the laundering systems in place, both nationally and internationally, in terms of laundering the proceeds.

I will deal only with drugs for this particular discussion, because I think it is clear that drugs provide more profit than most other criminal activity at this particular time. When you see a kilo of heroine growing from \$10,000 in Bangkok to \$10 million on the streets of Canada, there is a lot of profit involved, and it is real profit. This money is laundered, nationally or internationally, to disguise its origin, and it is either reinvested back into the drug trade to buy the infrastructure needed to deliver the drugs to our shores or reinvested in other businesses.

I do not believe we as Canadians would ever tolerate, nor should we, the indiscriminate seizure of property because someone believes it is the proceeds of some crime. I believe, though, we can adjust our laws in such a way as to permit the police and the courts to examine evidence that does connect specific property to specific profits from drug transactions.

[Traduction]

will be easier on your nose or your constitution. That is what we have today!

So it is not being done under the counter; it is being done right over the counter. And we have tried to take action against those stores but there is absolutely nothing to be done, either with federal, provincial or municipal law. It is all quite legal. And they have these huge displays where they are selling you, quite openly, the pleasures of cocaine or heroin or whatever else you want. And that is where the danger is for our young people. We are giving them examples to follow just by doing things that openly. And I find it is regrettable!

**Le président:** Incroyable, n'est-ce pas? Merci beaucoup. Merci, monsieur Mantha.

Dr McCurdy, vous avez cinq minutes et nous accordons ensuite cinq minutes à M<sup>me</sup> Copps; ensuite, nous ferons nos plans pour le restant de la séance aujourd'hui.

**M. McCurdy:** Je tiens tout d'abord à présenter mes excuses pour être arrivé en retard et je regrette d'avoir manqué la première partie de votre témoignage, mais ce que j'ai entendu m'a été fort utile. Vous avez mentionné la nécessité de mettre à jour les lois sur le trafic de la drogue. Chose étonnante, vous n'avez pas fait allusion à la Loi américaine sur les bénéfices découlant d'activités criminelles. Que penseriez-vous d'une disposition du Code criminel et de la loi sur la fiscalité permettant au gouvernement fédéral de saisir tous les bénéfices d'activités criminelles?

**Sdt Stamler:** Ce n'est pas exactement ainsi que je formulerais la proposition mais certainement. . .

**M. McCurdy:** J'espère que non.

**Sdt Stamler:** J'estime qu'il est essentiel de reconnaître la nature du trafic de la drogue, l'implication de la pègre, et les méthodes nationales et internationales de lessivage des recettes.

Je vais me limiter à la drogue pour l'instant car elle rapporte davantage que la plupart des activités criminelles à l'heure actuelle. Quand on voit la valeur d'un kilo d'héroïne passer de 10,000\$ à Bangkok à 10 millions de dollars au Canada on se rend compte de l'ampleur des bénéfices, et ce sont des bénéfices nets. L'argent est lessivé au Canada ou ailleurs pour déguiser son origine et il est soit réinvesti dans le trafic de la drogue pour mettre en place l'infrastructure nécessaire pour faire parvenir les drogues au Canada, soit investi dans d'autres entreprises.

À mon avis, le Canada ne devrait pas tolérer la saisie de biens à tort et à travers parce que quelqu'un estime qu'ils sont les fruits d'un crime. Mais je pense que la législation canadienne pourrait permettre à la police et aux tribunaux d'examiner des éléments de preuve qui établissent un lien entre certains avoirs et des bénéfices découlant de transactions illicites de drogues.

[Text]

The problem, as I mentioned at the outset, is that there are many offences committed to produce that kind of a profit, and this profit is then mingled with other funds; other people come into play, who were not involved in the original drug sale. The situation then becomes very complex in terms of the number of crimes that are committed by the number of people in the different jurisdictions. This is where not only on a national basis, but on an international basis, we have to improve the systems of allowing evidence to be introduced to cause the seizures to be made. This is where I am coming from in terms of looking at a 21st-century law, because we have a 21st-century problem on our hands with respect to the drug problem.

**Mr. McCurdy:** Does the association have any specific proposed legislation, perhaps modelled on the American legislation, that would at least take the first step to property forfeiture?

**Supt Stamler:** I believe the association has supported the work being done at the present time, the proposals that are being used for the purposes of perhaps drafting or directing drafters within our governmental system.

**Mr. McCurdy:** I note on page 11 that you say:

Under current law, all pharmacies outside the hospitals themselves are only obliged to notify the Bureau of Dangerous Drugs of the loss, but not the police.

Would you recommend that legislation change this?

**Supt Stamler:** I am sorry, that is not my brief, but perhaps I will let Staff Sergeant Hovey. . .

**S/Sgt Hovey:** Yes, I certainly do, because I feel that we are really not getting a true picture of what is happening there, due to the fact. . .

**Mr. McCurdy:** Okay. I have perhaps 15 seconds for one more question. I notice that you refer to "paraphernalia marketing and books in libraries". Do you understand that there is a problem in trying to outlaw razor blades, mirrors, spoons, pipes, and books?

• 1040

**S/Sgt Hovey:** No, I think if you read that model "paraphernalia" over, it says "in conjunction with drug use". . . of that nature, and as far as—

**Mr. McCurdy:** Suppose they had mirrors and spoons and that sort of thing with books.

**S/Sgt Hovey:** No, sir, any evidence we seize from a drug dealer or whatever, the police have to prove it is supporting evidence to the offence that has taken place.

**The Chairman:** Ms Copps, you have five minutes.

**Ms Copps:** On the paraphernalia issue, you have a far more serious problem in the United States, yet you say paraphernalia shops have been outlawed. So how does that

[Translation]

Comme je l'ai dit au départ, de nombreuses infractions sont commises afin d'obtenir ce genre de bénéfices et l'argent est ensuite confondu avec d'autres fonds; d'autres intervenants arrivent sur la scène, des personnes qui n'ont pas participé à la transaction originale. La situation devient très complexe pour ce qui est du nombre de crimes commis par différentes personnes dans différents pays. Ainsi, il faut améliorer, non seulement sur le plan national mais aussi international, les règles régissant l'introduction de preuves afin de procéder à une saisie. C'est dans ce sens que je parle d'une mise à jour de la Loi, car les problèmes reliés à la drogue nous obligent à confronter le 21<sup>e</sup> siècle.

**M. McCurdy:** L'Association a-t-elle un modèle de loi à proposer, inspiré peut-être de la législation américaine, en vue de permettre la confiscation des biens?

**Sdt Stamler:** Je crois que l'Association appuie les travaux qui se font à l'heure actuelle, c'est-à-dire les propositions faites à l'intention des rédacteurs législatifs du ministère de la Justice.

**M. McCurdy:** Vous dites à la page 11:

Selon la Loi actuelle, toutes les pharmacies à l'extérieur des hôpitaux sont tenus seulement d'informer le Bureau des drogues dangereuses de la perte, mais pas la police.

Recommandez-vous de modifier la Loi à ce propos?

**Sdt Stamler:** Excusez-moi, ce n'est pas mon mémoire, mais peut-être que le sergent Hovey. . .

**Sgt/A Hovey:** Oui, certainement, car j'estime que nos renseignements sont incomplets à cause du fait que. . .

**M. McCurdy:** Très bien. Il me reste 15 secondes pour une dernière question. Je vois que vous parlez de «l'attirail du toxicomane et les livres prêtés par les bibliothèques»: Vous vous rendez compte qu'il peut être difficile d'interdire la vente de lames de rasoir, miroirs, cuillères, pipes et livres?

**Sgt/A Hovey:** Non, si vous relisez notre proposition, vous verrez que nous parlons de l'utilisation de ces objets pour la consommation de la drogue et pour ce qui est de. . .

**M. McCurdy:** Supposons qu'il s'agit de miroirs et de cuillères et ce genre d'objet, avec des livres.

**Sgt/A Hovey:** Non, messieurs, la police doit prouver que tout objet qu'elle saisit à un trafiquant ou à un autre est relié à l'infraction.

**Le président:** Madame Copps, vous avez cinq minutes.

**Mme Copps:** Pour ce qui est des magasins spécialisés, le problème est beaucoup plus sérieux aux États-Unis, mais vous dites que ces magasins ont été interdits. Comment



[Texte]

jibe with a move to outlaw them here, if it has not done anything there?

**S/Sgt Hovey:** It is a state legislature in the States. Most of these are Far Eastern companies that supply—

**Ms Copps:** Right, no. But what I am saying is that in the States it has been outlawed and it has done nothing to curb the increase in the use of drugs. If anything, they are in a far worse situation than we are.

**S/Sgt Hovey:** I cannot say either way.

**M. Duchesneau:** Plusieurs facteurs sont à considérer. Il est certain que cela n'a peut-être pas eu d'incidence. L'intervention que je faisais tantôt, c'était au sujet du «modèle» qu'on donne à notre jeunesse. C'est difficilement quantifiable. Je ne peux pas vous dire que si j'affiche, j'ai affecté le moral de tant d'enfants. Mais, quant à savoir si on devrait le laisser en vente libre comme cela se fait actuellement, la question devrait être prise inversement. Est-ce que cela contribue, finalement, à l'éducation de nos enfants? Je pense que la réponse est non.

**Ms Copps:** When Mr. Stamler was here before with the RCMP presentation he told us that in every single area except the use of cocaine there had been a decrease in convictions over the last number of years. I am raising that because we have been told by the Prime Minister there is a drug epidemic, and yet it seems to be isolated. The only area of increase has been in cocaine, so is there an epidemic?

**Supt Stamler:** May I answer that, Mr. Chairman? Yes, I did indicate there was a decrease in numbers, and I think that at the time, if I did not have the opportunity, I may have touched on it. But certainly the decrease is not an indicator that there is not a large amount of drug use there. As a matter of fact, the tolerance level as I indicated had gone up significantly.

We are not bringing minor cases to the court anymore. A court, as a matter fact, with a minor marijuana case would probably just give an absolute discharge anyway, and most police officers will not bother going through that whole process to see that kind of a sentence handed out, so there is a change in attitude.

Secondly, our direction at working at a higher level of organized crime... we are getting quality rather than quantity, and that is attributed to the—

**Ms Copps:** We are a National Health and Welfare committee. You have two streams of problems here. One is the fight you are fighting with organized crime and with stuff coming in from the Golden Triangle, which frankly as a committee we are hardly going to be able to make recommendations on.

On the other hand, we heard last week, and you were not here, that in the health promotion division of the Department of National Health and Welfare, the national

[Traduction]

justifiez-vous votre recommandation de les interdire au Canada si la mesure n'a pas eu de résultat aux États-Unis?

**Sgt/A Hovey:** C'est l'Assemblée législative d'un seul État au États-Unis. La plupart des sociétés de l'Extrême-Orient qui fournissent. . .

**Mme Copps:** Excusez-moi, je viens de dire qu'aux États-Unis ces magasins ont été interdits sans freiner la hausse de la consommation de la drogue. La situation est bien pire là-bas qu'au Canada.

**Sgt/A Hovey:** Je ne peux pas me prononcer.

**Mr. Duchesneau:** A number of factors are to be considered. The move may possibly have had no effect. The point I was making had to do with the example we are setting our young people. It is very difficult to quantify. I cannot say whether the display of these articles affects children's outlooks. But as to whether we should allow the present unrestricted sale, the question should be put the other way around. Does it make any contribution to our children's education? I think the answer is no.

**Mme Copps:** Lors de la comparution antérieure de M. Stamler, avec la GRC, il a fait remarquer qu'il y a eu une diminution du nombre de condamnations depuis quelques années dans tous les domaines à l'exception de la consommation de la cocaïne. Je soulève la question car le premier ministre nous a dit qu'il y a une épidémie de toxicomanies, et pourtant le phénomène semble isolé. La seule hausse constatée est pour la consommation de la cocaïne, peut-on donc parler d'épidémie?

**Sdt Stamler:** Puis-je répondre, monsieur le président? J'ai effectivement parlé d'une diminution de chiffres mais on ne peut pas en conclure que l'usage abusif de la drogue n'est pas un phénomène répandu. En fait, on constate un degré de tolérance beaucoup plus élevé.

Il n'y a plus d'inculpation pour les infractions mineures. Une infraction impliquant la marijuana donnerait sans doute lieu à un acquittement de la part du tribunal et la plupart des policiers ne se donneront pas tant de peine pour aboutir à un tel résultat, il y a donc changement d'attitude.

Deuxièmement, nos efforts visent surtout les échelons supérieurs de la pègre. . . c'est donc des éléments plus importants, même si la quantité diminue et on l'explique par. . .

**Mme Copps:** Notre comité est le Comité de la Santé nationale et du Bien-être social. Il y a deux sortes de problèmes ici. D'abord, votre lutte contre la pègre et l'importation de drogues du Triangle d'or, c'est une question sur laquelle notre comité ne pourra pas faire de recommandation.

Mais la semaine dernière, lorsque vous n'étiez pas présent, nous avons appris qu'à la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale



[Text]

program—I believe it is called *Hole in the Fence*—which was supposed to go out to schools across the country, this great prevention promotion information program, the total annual budget is \$4,000.

So it is a joke. I think our mandate has to be to look at the prevention and getting the message out in the schools, but the budget in that particular area has been cut from I think about \$76,000 down to \$4,000 in this year's estimates. How can you do anything with \$4,000 in education programs?

**M. Duchesneau:** Si on parle d'éducation, il est évident que lorsque les gens voient, dans les journaux, que la police a fait telle ou telle saisie, c'en est de l'éducation ça. Si nous avions des budgets adaptés, justement, à la lutte que nous menons, cela pourrait être une façon d'éduquer notre population. Quand on dit qu'on a fait des saisies et qu'on dit aux gens, écoutez, la drogue que vous prenez là, c'est du poison, c'est littéralement du poison. . . On a fait des expertises et c'est du poison!

Je parlais avec M. Hovey avant de venir témoigner ce matin. Il y a un programme qui a été fait aux Etats-Unis par CBS et qui s'appelait *Angel Death*, sur les méfaits du PCP. Et, suite à la parution de cette émission-là, la chute de l'utilisation du PCP s'est faite grandissante de jour en jour, aux Etats-Unis. C'est peut-être de cette façon-là qu'on peut éduquer les gens, c'est-à-dire en leur citant des faits précis et non pas en leur offrant seulement de la théorie. Écoutez, il y a des gens qui meurent dans la rue. Donc, il serait peut-être temps de s'asseoir et d'y voir!

• 1045

**Ms Copps:** We heard last week also from a group that was involved in assessing the issue you have dealt with a bit, and that is the question of lost time. I was glad to see you also dealt with the issue of legal drugs that are being diverted onto the streets.

I do not agree with my colleague on mandatory drug testing. The point made vis-à-vis these people who are dealing on a regular basis with employees in the work force is that anybody who has a drug problem. . . first of all, they have to have the volition and the support systems to beat that problem. Even, I think, the Addiction Research Foundation told us there was at this point not the evidence to say if you mass-tested everybody who works for or wants to work for any company. . . there is a problem with validity of the tests. Also, if you find problems and you throw somebody out, they will just be replaced by others. People can buy urine and there other ways of getting around it.

So if you are really serious about looking at rehabilitation, I think you should be approaching it from the point of view of employer-employee supports and not punitive things, by saying we are going to mass-drug-test everybody in the federal government.

[Translation]

et du Bien-être social, le Programme de sensibilisation national prévu pour les écoles canadiennes, ce grand programme d'information et de prévention—qui s'appelle je pense «Mon jardin, mon voisin»—a un budget annuel total qui se chiffre à 4,000\$.

C'est donc une farce. Je pense que nous devons nous concentrer sur la prévention et la diffusion de renseignements dans les écoles mais le budget de l'effort fédéral dans ce domaine a été réduit d'environ 76,000\$ à 4,000\$ dans le budget principal de cette année. Comment obtenir des résultats avec 4,000\$ pour l'éducation?

**Mr. Duchesneau:** Talking about education, it is obvious that when people read in the newspapers about a particular seizure made by the police, that is education. If our budgets were more in keeping with the kind of effort we are making, then we might be able to better educate people. After our seizures, we tell people that the drug you have been taking is poison, literally poison; we have had it analysed and it is poison!

I was talking with Mr. Hovey before the meeting began this morning. There is an American program produced by CBS called *Angel Death*, it deals with the damage done by PCP. After this program was shown, there was a noticeable decline in the use of PCP from one day to the next in the United States. That may be the way to educate people, providing them with precise facts rather than just theory. After all, people are dying in the streets, maybe it is time for us to sit down and look at what is happening.

**Mme Copps:** La semaine dernière nous avons entendu un groupe qui a examiné la question à laquelle vous vous êtes attaqué vous aussi, c'est-à-dire la question de l'absentéisme. Je suis satisfaite de voir que vous avez aussi soulevé la question du détournement de médicaments licites.

Je ne suis pas d'accord avec mon collègue au sujet du dépistage obligatoire des toxicomanes. Il y a plusieurs facteurs à considérer concernant les personnes qui font un usage abusif de la drogue. . . tout d'abord, elles doivent avoir la volonté de lutter contre ce problème et compter sur un réseau de soutien. Même la fondation de recherche sur la toxicomanie nous a dit que nous n'avons pas les moyens nécessaires pour faire des dépistages massifs de tous les candidats à un emploi. . . les résultats des tests donnent lieu à de sérieux doutes. Et si on découvre un employé toxicomane et qu'on le congédie, il sera simplement remplacé par d'autres. On peut acheter un échantillon d'urine, il y a d'autres façons de contourner le test.

Si vous voulez vraiment aider la rééducation, je pense que vous devriez envisager des mécanismes de soutien pour les employeurs et les employés plutôt que des sanctions et des mesures comme des tests de dépistage de tous les fonctionnaires fédéraux.

[Texte]

**M. Duchesneau:** Dans un document préparé, il y a plusieurs années, par la Commission de réforme du droit, et qui s'intitulait *La crainte du châiment*, on disait que:

La vraie force dissuasive pour toutes les actions que nous menons, c'est la certitude d'être pris.

Alors, si tu commets un crime, c'est la certitude d'être pris qui est la vraie force dissuasive.

Comme M. Turner le disait tantôt, s'il y a des gens qui se présentent au travail intoxiqués et qu'ils sont sûrs d'être pris en état d'intoxication, il est évident que cela pourrait avoir un effet dissuasif.

**Mme Copps:** Est-ce qu'ils vont être démis de leurs fonctions parce qu'ils sont intoxiqués?

**Mr. Duchesneau:** No, not necessarily.

**Mme Copps:** Sinon pourquoi le fait-on pour ceux qui sont intoxiqués par la marijuana?

**Mr. Duchesneau:** We do the same thing with alcohol. We do not kick them out because they come to work intoxicated.

**Ms Copps:** The function of mandatory drug testing is to keep people out of...to screen them before they start working.

**Mr. Duchesneau:** That is right.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** In the event this is my last question, I want to ask a pie-in-the-sky question. If you were given all the resources you required to attack the serious illicit drug problem in Canada, would you focus your resources on going after the supply side or on the demand side—or on the families, as you have said, Inspector Hovey, that control this industry?

**S/Sgt Hovey:** I would certainly start with our communities, our schools and our neighbourhoods. Start there first. We will let the RCMP, with whatever you give them, stop them from coming into the country.

**The Chairman:** Could I move across the panel?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes, I would like you all to comment on that.

**Mr. D. Cassidy:** While enforcement has not failed entirely, we do believe—that is why we are moving in this direction—in the other two areas of interdiction and education...to police community-based programs, where our police officers go actually into the schools, the community centres, churches, and meet with the public or the young people and advise them of the hazards of getting into the habit of taking drugs.

**Supt Stamler:** I agree completely that there has to be a balanced approach. In the short term I think we have to maintain a very close watch on the supply side. In the long term, and starting now, we have to get into education programs and community-based policing programs.

[Traduction]

**Mr. Duchesneau:** In a document prepared several years ago by the Law Reform Commission, entitled *The Fear of Punishment*, the following statement is made.

The real deterrence for all our actions is the certainty of being caught.

So, if you commit a crime, the certainty that you will be caught will make you stop and think twice.

As Mr. Turner said, if there are people who show up for work in a state of intoxication and if they are sure that they will be caught, then this could of course be a deterrent.

**Ms Copps:** Will they be dismissed from their job because they are intoxicated?

**M. Duchesneau:** Non, pas forcément.

**Ms Copps:** If not, why is this the practice for those who are stoned on marijuana?

**M. Duchesneau:** On agit de la même façon pour l'alcool. Nous ne les mettons pas à la porte parce qu'ils arrivent au travail intoxiqués.

**Mme Copps:** L'objet des tests obligatoires, c'est de dépister les gens avant qu'ils soient engagés.

**M. Duchesneau:** C'est exact.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Au cas où ce serait ma dernière question, je vais vous présenter une situation hypothétique. Si vous receviez toutes les ressources qu'il vous faut pour lutter contre le trafic de la drogue au Canada, vous attaqueriez-vous surtout à l'offre ou à la demande—ou aux familles qui contrôlent cette activité, comme l'a mentionné l'inspecteur Hovey?

**Sgt/A Hovey:** Je commencerais certainement par la collectivité locale, les écoles et les quartiers. C'est là qu'il faut commencer. On ferait en sorte que la GRC, avec les ressources que vous lui donneriez, empêche l'importation de ces substances au Canada.

**Le président:** Puis-je demander aux autres de répondre?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui, j'aimerais entendre le point de vue de tout le monde.

**M. D. Cassidy:** Même si les efforts de la police pour appliquer la loi n'ont pas été un échec total, nous estimons que l'interdiction et l'éducation sont des approches utiles...il s'agit de programmes où les agents de police vont dans les écoles, les centres communautaires, et les églises pour rencontrer les jeunes et leur expliquer les dangers de la drogue.

**Sdt Stamler:** Je reconnais qu'il faut une approche bien équilibrée. A court terme j'estime que nous devons surveiller de très près l'évolution de l'offre. A long terme, et à partir de maintenant, nous devons commencer des programmes d'éducation et des programmes de surveillance communautaire.



[Text]

[Translation]

• 1050

**M. Duchesneau:** Il est évident qu'en adoptant une attitude *high profile* cela nous permettrait de faire l'éducation des parents. Parce que, vous savez, on est beaucoup approchés par les parents qui, comme le disaient MM. Mantha et M. Lesick, tantôt, nous disent qu'il n'ont jamais vue des choses comme ça.

Que doit faire un parent lorsqu'il trouve une seringue ou une cuillère dans le tiroir de son enfant? C'est justement par une meilleure action policière qu'on serait en mesure de le renseigner. Donc, je suis d'accord avec vous.

**Mr. Mantha:** I sort of differ. I had an experience about four weeks ago—I will not get into that. The thing is about the hardship that I take drugs or I am an alcoholic. . . If I work at a plant or if I drive an airplane and I know that it is wrong to take drugs—if I cannot handle it is what I am saying—then I should suffer the consequences. I should not cause harm to somebody else. We are too easy with these types of offenders. The attitude people should have is look, if you want to check me for drugs, check me any day; I do not care. I mean, if they have something to hide then go in the closet or something, but they should not cause harm to somebody else.

My mother is 78 and she is lying in the hospital because of a drunk driver, hit and run. There is no excuse. If it had been an innocent accident I would buy it, but that is drugs, that is booze. My mother is 78 and she is lying in bed. When you have the real thing, why can you people not get harder on us politicians to start putting our foot down and say why do we have to suck all around these people? If this guy comes to work with drugs or booze, you say you clean your act up, because you are not going to cause failure in this plant, you are not going to cause say making up goods or whatever the operation is.

One has to take like a railroad crossing. I mean, they need wig-wags. By the time you hit everybody and there are people dead, then there is awareness; it is the same as the street lights on the corner. Why can you people not come in and be firmer and just tell us, if we are a bunch of patsies here, that this is what we should do?

**The Chairman:** There is a question: How can you be firmer, gentlemen? Who wishes to take that one on?

**Mr. Mantha:** They do not have to answer; I just voiced my opinion. We are playing pansies with people all the time, give them another chance.

**The Chairman:** A rhetorical question. Okay, now Dr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** I guess you could best describe what Mr. Mantha said—

**Mr. Mantha:** No, no, leave Mr. Mantha out of this.

**Mr. McCurdy:** —as a being a request for a police state.

**Mr. Mantha:** No, no; close to one maybe.

**Mr. Duchesneau:** A high-profile attitude would make it possible for us to educate parents. We are often approached by parents who, as Mr. Mantha and Mr. Lesick pointed out, tell us that they have never seen such things.

What should a parent do when he finds a syringe or a spoon in his kid's drawer? An improved policing program would enable us to provide information to such parents. So I agree with you.

**M. Mantha:** Je suis d'avis un peu différent. Il m'est arrivé une expérience il y a quatre semaines environ. . . je ne vais pas rentrer dans les détails. Bref, je parle des travailleurs qui ont un problème d'alcool ou de drogue. Si je suis ouvrier dans une usine ou pilote d'avion et que je prenne de la drogue en connaissance de cause, je devrais en subir les conséquences moi; je ne devrais pas faire souffrir d'autres. Nous ne sommes pas assez sévères envers ceux qui commettent ce genre d'action. À mon avis, les gens devraient être prêts à passer un test de dépistage à n'importe quel moment. S'ils ont quelque chose à cacher, libre à eux de se livrer à leurs activités en cachette, mais ils ne devraient pas faire souffrir d'autres personnes.

Ma mère a 78 ans et elle est hospitalisée à cause d'un conducteur saoul, coupable du délit de fuite. On ne peut pas l'excuser. Si ç'avait été un accident innocent, d'accord, mais c'est l'alcool qui était en cause, comme ç'aurait pu être le drogue. Ma mère a 78 ans et elle doit garder le lit. Face à ce genre d'accident, pourquoi ne pas sévir, pourquoi nous mettre à plat ventre devant ces gens? Si un employé arrive au travail intoxiqué, qu'il sache une fois pour toute que ce comportement ne sera pas toléré, qu'on ne le laissera pas perturber le fonctionnement de l'usine ou du service.

Dans un passage à niveau, il doit y avoir des feux clignotants. Lorsque l'accident se produit et qu'il fait des morts, là on se rend compte des dangers. C'est comme les feux de circulation. Pourquoi ne pas serrer la vis, nous dire, si on est une gang de tapettes ici, que c'est ça qu'on devrait faire?

**Le président:** Voilà la question: comment fait-on pour serrer la vis, messieurs? Qui veut y répondre?

**M. Mantha:** Je ne demande pas de réponse, j'ai simplement donné mon opinion. On fait la tapette tout le temps avec les gens, on leur donne encore une chance.

**Le président:** Une question pour la forme. À vous la parole, monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** Je suppose que la meilleure façon de qualifier les propos de M. Mantha. . .

**M. Mantha:** Non, non, laissez M. Mantha tranquille.

**M. McCurdy:** . . .ce serait comme un plaidoyer en faveur d'un État policier.

**M. Mantha:** Non, non; mais peut-être pas très loin.



[Texte]

**Mr. McCurdy:** Well, if the police tell government. . . There are a number of sides to this issue, really. As my colleague indicated—

**Mr. Mantha:** Leave me out of it.

**Mr. McCurdy:** —there are more meaningful approaches to the issue of intoxication, hangovers, and addiction on the job than banning books and testing everybody. I mean, we could lick every crime in the world by searching everybody every day about every—

**Mr. Mantha:** Why do you not ask your own questions? Leave me out of it. Ask your own question.

**Mr. McCurdy:** I am just so shocked by the intervention that I am hardly capable of going on. I hope you, as members of the police forces, understand that the problems are far more complex than the exercise of your responsibilities. I trust that you are gentlemen of wider experience and understanding of our society than to buy that one.

When I left off questioning I was asking you about some legislative changes that you might like to see. We talked a bit about paraphernalia, about forfeiture of criminal profits. Could you perhaps one by one indicate to the committee the legislative changes at the federal level that you would most like to see in order to deal with the drug problem, which I understand you do not quite see as being an epidemic?

Actually, there is one specific thing I would like to refer to:

The citizens of our local communities within Metropolitan Toronto are completely frustrated where we have severe problems with large numbers of unemployed youths who continue to traffic in small amounts of narcotics. As a result of this, many other crimes go hand-in-hand: robbery, assaults, purse snatches, etc.

• 1055

This would suggest some elements of the real cause of the drug epidemic in the United States indeed are present in Toronto.

**S/Sgt Hovey:** Certainly the social problem is a part of the whole drug enforcement section. One leads to the other; it leads to crime, definitely.

**Mr. McCurdy:** The drugs lead to crime, or the unemployed kids?

**S/Sgt Hovey:** It all goes hand in hand. You get your crime problems with unemployed youths who have nothing to do, no means of support, who are congregating in areas, running against the principle of the neighbourhood or whatever. If a grandmother wants to go do some shopping, maybe she is being bothered, maybe she does not understand the situation as it is, but to her it is quite strange. You get conflicts and the rest of it comes with it.

[Traduction]

**M. McCurdy:** Et bien, si c'est la police qui dicte au gouvernement. . . Il y a différents aspects de la question. Comme mon collègue a dit..

**M. Mantha:** Qu'on me laisse tranquille.

**M. McCurdy:** . . .il y a des façons plus utiles de s'attaquer à l'intoxication, à la gueule de bois, et à l'accoutumance sur le tas que l'interdiction de livres et des tests de dépistage pour tout le monde. Des méthodes aussi draconiennes pourraient venir à bout de l'ensemble des activités criminelles. . .

**M. Mantha:** Pourquoi ne posez-vous pas vos propres questions? Laissez-moi tranquille. Posez votre propre question.

**M. McCurdy:** Je suis tellement bouleversé par l'intervention que je suis à peine capable de continuer. J'espère qu'en tant que policiers, vous comprenez que les problèmes sont beaucoup plus complexes que le simple exercice de vos responsabilités. J'espère que vous avez une plus grande expérience et compréhension de notre société que de croire que les méthodes répressives règlent tout.

Je posais tout à l'heure des questions concernant les modifications que vous voudriez proposer à la loi. Nous avons parlé un peu des magasins spécialisés, et de la confiscation des bénéfices d'activités criminelles. Pourriez-vous nous énumérer les changements législatifs que vous aimeriez voir au niveau fédéral pour mieux lutter contre le problème de la drogue qui, si je comprends bien, ne constitue pas tout à fait une épidémie d'après vous?

Il y a un passage que j'aimerais soulever:

Les citoyens du Toronto métropolitain sont très frustrés devant les problèmes sévères causés par le nombre important de jeunes chômeurs qui continuent à faire le trafic de petites quantités de stupéfiants. Il y a beaucoup d'autres crimes qui en découlent: les cambriolages, les agressions, les vols de sacs à main, etc.

Cela laisse supposer que certains des éléments de la véritable cause de l'épidémie de drogue qui sévit aux États-Unis sont déjà présents à Toronto.

**Sgt/A Hovey:** Le problème social fait indéniablement partie de tout le travail anti-droque. L'un ne va pas sans l'autre et la drogue mène au crime, assurément.

**M. McCurdy:** Ce sont les drogues qui mènent au crime ou les jeunes chômeurs?

**Sgt/A Hovey:** Tout cela s'imbrique. Les jeunes chômeurs qui ne font rien, qui n'ont pas de moyens de subsistance, qui se tiennent en groupes, qui ne respectent pas les consignes du voisinage, sont susceptibles d'être poussés au crime. Prenez le cas d'une grand-mère qui veut faire ses courses, qui est embêtée et qui ne comprend pas la situation. Tout cela est étrange pour elle et c'est là que les conflits naissent, le reste est à l'avenant.

[Text]

**Mr. McCurdy:** To go back to my original question, what specific federal legislation would you like to see besides what you have already talked about?

**S/Sgt Hovey:** Besides the anti-profiteering section, a lot of our laws are there now. We have to bring in a drug paraphernalia act as far as I am concerned. A lot of the laws are there, but let us not get *laissez-faire* with them. Somehow through our system we are saying the sentence is not that severe. It gets down to the point where it does not bother anyone.

We can go out and buy drugs from a person. He will come into court and get a possession charge with an absolute discharge. We can go back the next night and lay the same charge against him, buy again. It does not mean anything to them. We have to have teeth in the laws. If you are doing wrong, do it, but you have to pay.

**Ms Copps:** I am going to ask an outrageous question. I already suspect the answer. Have we given up on the recommendations of the Le Dain commission?

In that context, we are not making justice recommendations here; we are doing health and welfare. You make a very good point in the Metropolitan Toronto Police brief on double-doctoring, forgery, uttering. . . This is not the first time we have heard in the context of this committee that there are an awful lot of legal drugs. If I understand your brief correctly, you are saying \$2.6 billion of all drugs are diverted. Does that include licit and illicit, or just licit?

**S/Sgt Hovey:** I think it should be \$2.6 million. It is the legal drugs diverted.

**Ms Copps:** There is \$2.6 million in legal drugs. If I went to one doctor and another doctor and then took the proceeds and sold it in the open market—

**S/Sgt Hovey:** It includes forgery, uttering, and B-and-Es. We get these statistics from the Bureau of Dangerous Drugs, Midland Avenue. We base them on a six-month survey.

**Ms Copps:** I worked in a politician's office in my own community for four years before I became a politician. We knew who the problem doctors were in town, who people would go to when they went through the whole list and could not get what they wanted. Is there a system in place to try to follow up on these people?

When we heard from the Health and Welfare people regarding the Bureau of Dangerous Drugs, the number of people they had to do the job for the whole country was so small it seemed it was impossible for them to do any cross-referencing or checking on things like double-doctoring.

**S/Sgt Hovey:** Numbered prescriptions would solve a lot of the problems right off the bat. Put an importance on

[Translation]

**M. McCurdy:** Je reviens à ma question de départ. Quelle loi fédérale voudriez-vous que nous adoptions, en plus de ce qui existe déjà?

**Sgt/A Hovey:** A part l'article sur les profits excessifs, les lois existent déjà. Il nous faudrait adopter une loi sur l'attirail du drogué, selon moi. Les lois existent déjà mais il ne faudrait pas négliger de les appliquer. Selon nous, les peines ne sont pas très sévères et ultimement, elles ne gênent plus personne.

Nous pouvons acheter des drogues d'un trafiquant qui sera poursuivi en justice, inculpé de possession mais mis en liberté sans conditions. Nous pouvons recommencer le lendemain soir, avec la même inculpation. Cela ne signifie rien pour ces gens-là. Il faut que nos lois aient de la poigne. Il faut que les gens sachent que s'ils font le mal, ils devront en subir les conséquences.

**Mme Copps:** Je vais vous poser une question scandaleuse. J'ai déjà une petite idée de la réponse. A-t-on renoncé à appliquer les recommandations de la Commission Le Dain?

Nous, nous ne faisons pas de recommandations du point de vue juridique mais plutôt de la santé et du bien-être. Les représentants de la police de la Communauté urbaine de Toronto signalent tout à fait à propos les méfaits des consultations multiples, des contrefaçons. . . Ce n'est pas la première fois que nous entendons dire en Comité qu'il se revend une quantité incroyable de drogues licites. Si j'ai bien compris, vous nous dites que des drogues représentant une somme de 2,6 milliards de dollars seraient détournées. Est-ce que cela tient compte des drogues licites et illicites ou seulement des drogues licites?

**Sgt/A Hovey:** Je pense que la somme est de 2,6 millions de dollars. Il s'agit de drogues licites.

**Mme Copps:** Je vois. Si je consultais médecin après médecin pour obtenir des ordonnances, que je vendrais ensuite sur le marché. . .

**Sgt/A Hovey:** Cette somme représente les contrefaçons, les faux, les vols avec effraction. Ces statistiques nous sont fournies par le Bureau des drogues dangereuses, celui de l'avenue Midland. Elles portent sur une période de six mois.

**Mme Copps:** Avant de faire de la politique, j'ai travaillé dans le bureau d'un politicien dans mon quartier. Nous savions qui étaient les médecins à surveiller, qui les gens allaient voir quand ils avaient épuisé toutes les autres possibilités pour obtenir ce qu'ils désiraient. Existe-t-il une façon de surveiller ces gens-là?

Quand les représentants du Bureau des drogues dangereuses du ministère de la Santé et du Bien-être sont venus témoigner, ils nous ont dit que leurs effectifs pour ce travail au Canada étaient si réduits qu'ils ne pouvaient pas faire toutes les contre-vérifications dans les cas de consultations multiples.

**Sgt/A Hovey:** Si les ordonnances étaient numérotées, la moitié du problème serait réglé dès le départ. Il faudrait



[Texte]

the prescription pad. It is worth its weight in gold right now to a drug addict.

**Ms Copps:** If you had numbered prescriptions—

**S/Sgt Hovey:** Have the pharmacies interlock by computer where you have a person who is hopping from doctor to doctor or from drug store to drug store. Have the name and the numbered prescription.

**Ms Copps:** I guess one way of doing that—

**Mr. Lesick:** Mr. Chairman, on a point of order. I gave up my question, and you are allowing the others to ask several questions.

**Ms Copps:** Mr. Lesick, actually—

**Mr. Lesick:** I still have the point of order. We have another witness and we only have 15 minutes left.

• 1100

**Ms Copps:** Right. Mr. Lesick, we have not objected. I would like to make a point too, because the traditional view in this committee has been that each party apportions the time equally. We did not object because we felt that both of us arrived late. But I think it is also important that each party have a chance to express their point of view, not three members from one party and one from the other two. That has been the way the committee has operated.

**The Vice-Chairman:** Order, please. We normally exercise a bit of flexibility in this committee.

**Ms Copps:** Yes, we do; we have.

**The Vice-Chairman:** Can the witnesses stay on for an extra 15 minutes or so? You cannot stay. I would like to invite our other witness, Mr. Norman Panzica, to join the panel and make his presentation. Are you going to be able to do that, Mr. Panzica?

**Mr. Norman Panzica (Senior Consultant, Council on Drug Abuse, Toronto):** I can do that.

**The Vice-Chairman:** I would like to welcome Mr. Panzica from Toronto. Does the committee agree that his presentation be attached to this morning's record?

**Some hon. members:** Agreed.

**The Vice-Chairman:** Perhaps you would like to make some comments, and then there might be a few questions to you.

**Mr. Panzica:** First, sir, I will make my customary apology for ignorance of protocol. What I am interested in is that you have on these chairs four real experts. I consider myself a layman who has been working in the field for 26 years.

I really want to re-emphasize my old friend the tripod. You simply cannot geometrically say that one leg is more important than either of the other two, so you have to see

[Traduction]

que l'on donne plus d'importance au bloc d'ordonnances vierge. Ce bloc vaut son pesant d'or actuellement pour le toxicomane.

**Mme Copps:** Si on numérotait les ordonnances. . .

**Sgt/A Hovey:** Il faudrait que les pharmacies soient reliées par ordinateur pour repérer les gens qui vont d'un médecin à l'autre, d'une pharmacie à l'autre. Il faudrait avoir sur ordinateur le nom et le numéro de l'ordonnance.

**Mme Copps:** Une façon de procéder serait. . .

**M. Lesick:** J'invoque le Règlement. J'ai renoncé à poser ma question et je constate que les autres ont le droit de poser plusieurs questions.

**Mme Copps:** Monsieur Lesick, à vrai dire. . .

**M. Lesick:** Je n'ai pas terminé. Il y a un autre témoin qui attend et il ne reste plus que 15 minutes.

**Mme Copps:** Je sais. Monsieur Lesick, nous n'avons pas fait de difficulté. Je tiens à dire qu'il est de coutume ici, au Comité, de répartir le temps également entre les partis. Nous n'avons pas fait de difficulté, parce que nous sommes toutes deux arrivées en retard. J'estime qu'il est important que chaque parti ait la possibilité d'exprimer son point de vue et qu'on ne donne pas la parole à trois membres d'un même parti pendant qu'un seul de chacun des deux autres y aurait droit. Il ne faut pas oublier la coutume du Comité.

**Le vice-président:** À l'ordre, s'il vous plaît. D'habitude, nous faisons preuve de souplesse ici.

**Mme Copps:** Oui, je sais. C'est la coutume.

**Le vice-président:** Nos témoins peuvent-ils rester encore 15 minutes? Vous ne pouvez pas. J'invite M. Norman Panzica à s'approcher et à faire son exposé. Monsieur Panzica, est-ce possible?

**M. Norman Panzica (expert-conseil, Conseil sur la toxicomanie, Toronto):** Oui.

**Le vice-président:** Je souhaite la bienvenue à M. Panzica de Toronto. Les membres du Comité consentent-ils à ce que son exposé soit annexé au compte rendu de la séance de ce matin?

**Des voix:** D'accord.

**Le vice-président:** Vous voulez peut-être dire quelques mots, après quoi nous vous poserons des questions.

**M. Panzica:** Auparavant, je voudrais présenter les excuses d'usage à cause de mon ignorance du protocole. Il est intéressant de constater que quatre véritables experts sont assis ici. Pour ma part, j'estime que je suis un amateur qui travaille dans le secteur depuis 26 ans.

Je voudrais reprendre mon vieil exemple du trépied, dont chacun des pieds est d'égal importance du point de vue géométrique. Comme je le dis dans mon mémoire, la



## [Text]

enforcement, treatment, and education, as I have submitted in my brief, as being equally important.

I really cannot resist commenting on mandatory testing. That is not a question that comes up at my parents' night. I have told Dr. Halliday that I wish this committee would sit at the back of the room at one of my parents' nights. But there are certain realities about mandatory testing that I think really need to be understood.

The first is that cocaine comes out of the body so fast that the individual could be way, way into cocaine intoxication Friday at 6 p.m., 7 p.m., 8 p.m., and if you take a urine specimen Monday morning you are going to be very lucky to find anything. The cannabis products—grass, hash, and hash oil—because they are fat solubles, stay a lot longer, a matter of a couple of weeks. I wish I could remember, but either Consolidated Edison or the Power Authority of the State of New York, one or the other, introduced mandatory testing for job applicants, and the follow-up studies showed that it did not do anything for performance on the job.

I would make exceptions in random testing. If you mean certain kinds of—forgive me, Mr. Stamler—police officers, and certainly the military, because these men and women are different... We take away their right to complain, we hand them one frustration after another; they knew that when they signed on, and they are supposed to be different. The other thing about mandatory testing is where do you set your cut-off level. If you set it too low, you are going to show a false positive on a fellow who sat in a small room with a bunch of grass-heads. On the other hand, if you set it too high, you are going to miss some users.

I spend far, far too much time on airplanes, as some of this committee well knows, and I absolutely trust Air Canada and Canadian Pacific in the attitudes of their staff, in their supervisory policies, in their training. Even the New York City police, as tough as they are, and as much as they agree with me that the police officer bears a special responsibility, operate on some kind of reasonable probable-grounds provision.

If you mean, however, a specific engineer getting on a specific train on a certain day, then I say go to it. The use of random sampling is to get statistical data. You should make people—

• 1105

**The Vice-Chairman:** Order, please! Could you just stay outside, sir, please, until the committee is finished? Thank you.

Sorry, I did not mean to interrupt.

**Mr. Panzica:** Not at all. The way to do it is to have everybody give a sample anonymously. You then institute

## [Translation]

répression, le traitement et l'éducation sont trois aspects d'égale importance.

Je ne peux pas m'empêcher de dire quelques mots des tests obligatoires. Ce n'est pas un sujet soulevé lors de mes consultations avec les parents. J'ai dit à M. Halliday que je souhaiterais que les membres du Comité assistent aux causeries que je donne devant les parents. Il y a toutefois certains aspects des tests obligatoires qu'il faut absolument comprendre.

Tout d'abord, la cocaïne est éliminée si rapidement de l'organisme que quelqu'un peut être sous ses effets un vendredi soir entre 18 heures et 20 heures et donner un échantillon d'urine tout à fait anodin le lundi matin suivant. Les dérivés du cannabis, la marijuana, le haschisch et l'huile de haschisch, qui sont solubles dans la graisse, restent plus longtemps dans les tissus, quelques semaines. Je ne me souviens plus si c'était la *Consolidated Edison* ou la *Power Authority* de l'État de New York, mais l'une ou l'autre a imposé les tests obligatoires aux candidats à des emplois chez elle et les études de suivi ont démontré que cela n'avait pas eu un bon effet sur la performance au travail.

Pour ma part, je préconise les tests ponctuels. Dans certains cas, et pardonnez-moi, monsieur Stamler, les agents de police, et en tout cas les militaires, ces hommes et ces femmes qui sont différents... Ces gens n'ont plus le droit de se plaindre et ils sont en butte à toutes sortes de vexations. Quand ils s'enrôlent, ils s'y attendent et ils savent qu'ils doivent être différents. D'autre part, où établir la limite dans le cas des essais obligatoires? Si la limite est trop sévère, on trouvera un résultat positif chez quelqu'un qui aurait tout simplement assisté à une soirée au haschisch. D'autre part, si la limite n'est pas assez sévère, il y a des toxicomanes qui vont passer entre les gouttes.

Vous savez très bien que je passe beaucoup de temps dans les avions et j'ai pleine confiance dans le personnel d'Air Canada et du Canadien Pacifique. Je fais confiance à l'attitude du personnel, aux politiques de surveillance et à la formation. Même la police de la ville de New York, aussi vigilante qu'elle soit, aussi convaincue qu'elle soit, comme moi, que les agents de police ont des responsabilités spéciales, ne peut pas écarter l'existence de certaines probabilités.

Toutefois, je ferais passer le test à un ingénieur de chemin de fer particulier travaillant sur un train particulier, un certain jour. Le recours à l'échantillonnage vise à obtenir des données statistiques. On devrait faire en sorte que...

**Le vice-président:** S'il vous plaît. Pouvez-vous attendre dehors la fin des délibérations du Comité, s'il vous plaît? Merci.

Excusez-moi, je ne voulais pas vous interrompre.

**M. Panzica:** Je vous en prie. Le meilleur moyen serait de demander que chacun donne un échantillon dans

[Texte]

whatever program you are going to institute and you bring everybody back and have them do them again anonymously. Then you know whether it is bigger or smaller; even if your yardstick is no good, it will tell you if it is true.

In other words, I do not want mandatory random testing rejected out of hand, but I think one has to be very, very cautious about this. Although the Canadian Charter of Rights and Freedoms has become, in many ways, a royal pain, it is nonetheless a reality that must be contended with.

In respect of the *Hole in the Fence* program, I say as objectively as I possibly can that one of the reasons it has not been used more is simply that educators have not favoured it in the seven provinces I travelled to.

With respect to paraphernalia, we absolutely need a paraphernalia law, which comes under the heading of "declaration". The people who object most to the lawful sale of paraphernalia in my travels are high school kids. They are the ones who challenged me. Parents do not; doctors, nurses and police officers do not challenge me on it. But high school kids ask if this stuff is bad for you and using it is illegal, why are they selling hash pipes?

In respect of the kind of community Mr. Mantha mentioned, we found hash pipes in Happy Valley and Goose Bay, Labrador, in Sooke, B.C., in Dryden, Ontario, and in Florenceville, New Brunswick.

I used to oppose paraphernalia laws. My mind was changed by two words from a tall, handsome cop named Carl Johnston, who was at that time chief in Collingwood; I do not know where he is now. When I went to do my two days in Collingwood, I asked whether there were head shops or paraphernalia stores. He replied not yet. This is really the key. A paraphernalia law is not going to clean up Yonge Street, but it might, just might, keep it out of Collingwood or Haileybury or Penticton—we know it is already in Penticton—and some other places.

**Ms Copps:** I am sure it is in Haileybury too.

**Mr. Panzica:** Hamilton is an example of where the media have become allies; *The Hamilton Spectator* has done a great job.

**The Vice-Chairman:** Do you want to add some more comments to your presentation?

**Mr. Panzica:** Those are all I heard this morning.

**The Vice-Chairman:** We can stay only until 11.15 a.m.

**Mr. Panzica:** Yes, I understand it, sir. This time, through the generous courtesy of the Surgeon General, we are on paper. A Xerox machine yesterday made the copies. They also paid my plane fare for today, which helps.

[Traduction]

l'anonymat. Ensuite, on mettrait en vigueur un programme quelconque, après quoi l'échantillon serait pris de nouveau dans l'anonymat. On pourrait ensuite voir s'il y a eu évolution. Même si les critères sont bancals, la preuve pourra en être faite.

Ainsi, sans vouloir qu'on rejette les tests obligatoires d'emblée, je voudrais qu'on fasse preuve de beaucoup de prudence. Même si la Charte canadienne des droits et libertés est à bien des égards fort embêtante, elle n'en demeure pas moins une réalité dont il faut tenir compte.

Pour ce qui est du programme «Mon jardin, mon voisin», je puis dire objectivement qu'une des raisons pour lesquelles on ne l'a pas appliqué davantage, c'est tout simplement parce que les éducateurs ne l'ont pas retenu dans les sept provinces où je suis allé.

Pour ce qui est de l'attirail, il nous faut absolument adopter une loi là-dessus, loi qui sera en quelque sorte une déclaration. Dans mes voyages, j'ai constaté que c'était les étudiants des écoles secondaires qui s'opposaient le plus farouchement à la vente légale de l'attirail. Ce sont eux qui m'ont mis au défi. Les parents, les médecins, les infirmières, les agents de police ne m'en ont pas parlé. Les étudiants vous demandent: si les drogues sont nocives, et illégales, pourquoi vend-on des pipes?

M. Mantha a parlé des petites localités où on trouvait cet attirail et il est vrai qu'on a trouvé des pipes à Happy Valley, à Goose Bay, au Labrador, à Sooke, en Colombie-Britannique, à Dryden, en Ontario et à Florenceville, au Nouveau-Brunswick.

Autrefois, je m'opposais aux lois contre l'attirail. J'ai changé d'avis après avoir entendu le témoignage d'un policier Carl Johnston, qui était à l'époque chef à Collingwood. Je ne sais pas où il est maintenant. J'ai passé deux jours à Collingwood et je lui ai demandé s'il y avait là des magasins d'attirail. Il m'a dit qu'il n'y en avait pas encore et je pense que cela est crucial. Une loi contre les magasins d'attirail ne va pas faire un balayage sur la rue Yonge mais il se peut, il se peut seulement, qu'elle empêche l'ouverture de ces magasins à Collingwood ou à Haileybury ou à Penticton, même s'il y en a déjà là, ou ailleurs.

**Mme Copps:** Je suis sûre qu'il y en a à Haileybury.

**M. Panzica:** Hamilton est un exemple où on a pu trouver le soutien des médias. *Le Hamilton Spectator* a fait du très bon travail.

**Le vice-président:** Voulez-vous ajouter autre chose?

**M. Panzica:** Non, c'est tout.

**Le vice-président:** Nous pouvons rester ici jusqu'à 11h15.

**M. Panzica:** Je sais. Grâce à la courtoisie du chirurgien en chef, nous avons des imprimés. C'est une machine Xerox qui a fait les copies hier. On a également payé mon billet d'avion, ce qui m'aide beaucoup.



[Text]

**The Vice-Chairman:** Well, thank you for coming, Mr. Panzica, and you are always welcome back here. Mr. Lesick, do you want to ask another question?

**Mr. Lesick:** I will ask one question, yes, if I may, Mr. Chairman.

**The Vice-Chairman:** Okay. Then Ms Copps, and then we will wrap up.

**Mr. Lesick:** Surely. Just a general question. You have it on the counter, and it is freely available. The law steps in, and it goes under the counter. It is the same thing we have had with pornography and prostitution off the streets. In my city of Edmonton, the police did not want it any more, so they all went underground.

**Mr. Panzica:** Good!

**Mr. Lesick:** So this is the paradox. If you do not, it is available and you see it; if not, it is still available, but under the counter.

**Mr. Panzica:** I will be in your city toward the end of May. Notwithstanding the Alberta Addiction Foundation and I are not entirely in agreement on all issues, I still look forward to being there.

One simple fact may begin to suggest. . . Again I talk about declaration. Fluoridating the water supply did not end tooth decay, but it is still a good idea. We have to say that this is a behaviour we are not going to tolerate. If we can make it harder for a kid to shaft himself, we are going to make it harder. This is number one.

Number two, sir, with great respect, you will find that in the dreadful mistake that was the prohibition of alcohol in North America. . . it was a dreadful mistake because it gave the hoods money to buy judges, narcotics, and guns. But understand, sir, that in epidemiological terms, during the prohibition of alcohol in North America people drank less and they drank a heck of a lot less. Cirrhosis of the liver dropped to 40% of previous levels; it skyrocketed again after repeal.

With regard to another concern I have, in my province there are people who want to sell beverage alcohol in corner stores. But does anybody in good conscience think McDonald's would have sold 10 billion hamburgers from one restaurant? Distribution and availability affect consumption, so let us drive it underground. Let us make it as hard as possible and quadruple the price. The harder it is to get that stuff, the less often people like me will be running around and cleaning up vomit.

**Ms Copps:** Mr. Panzica, that sounds remarkably like prohibition.

**Mr. Panzica:** Not at all. You are right, in one sense. The prohibition of alcohol was never complete; medicinal sherry, sacramental wine, and all that stuff were still around. But we are not talking about prohibition. What

[Translation]

**Le vice-président:** Merci d'être venu, monsieur Panzica, car nous aimons toujours vous retrouver. Monsieur Lesick, voulez-vous poser une autre question?

**M. Lesick:** Oui, volontiers, monsieur le président.

**Le vice-président:** Très bien. Ce sera ensuite à M<sup>me</sup> Copps et nous devons lever la séance.

**M. Lesick:** D'accord. C'est une question d'ordre général. Quand c'est offert sur le comptoir, c'est d'accès libre, mais quand la loi intervient, les choses se passent sous la table. On a vu la même chose dans le cas de la pornographie et de la prostitution dans les rues. À Edmonton, chez moi, la police n'en voulait plus, et tout est devenu clandestin.

**M. Panzica:** À la bonne heure.

**M. Lesick:** C'est ça qui est paradoxal. Si on n'intervient pas, c'est disponible, au vu de tous. Dans le cas contraire, c'est encore disponible, mais c'est caché.

**M. Panzica:** Je dois aller à Edmonton à la fin du mois de mai. Même si la Fondation albertaine contre la toxicomanie et moi-même ne sommes pas toujours d'accord sur tous les plans, je me réjouis à l'idée d'y aller.

Un simple fait pourrait laisser croire. . . il s'agit encore de déclarations. La fluoridation de l'eau n'a pas enrayer la carie dentaire mais c'est quand même une bonne chose. Il faut bien déclarer qu'il y a des comportements que nous ne tolérerons pas. Si l'on peut rendre l'autodestruction plus difficile à un jeune toxicomane potentiel, nous le ferons. C'est l'essentiel.

Ensuite, il est vrai que la prohibition de l'alcool en Amérique du Nord a été une erreur flagrante. . . ce fut une erreur flagrante parce que la pègre a ainsi obtenu l'argent nécessaire pour soudoyer les juges, acheter des stupéfiants et des armes. Il faut toutefois se dire, dans une situation d'épidémie, qu'à l'époque où la prohibition de l'alcool existait en Amérique du Nord, les gens buvaient moins, énormément moins. Les cas de cirrhose du foie ont chuté de 40 p. 100. Après la période de prohibition, la maladie a grimpé en flèche.

C'est une autre de mes inquiétudes. Dans ma province, il y a des gens qui veulent vendre des boissons alcoolisées dans les petits magasins de quartier. Pensez-vous que McDonald's aurait pu vendre 10 milliards de hamburgers dans un seul restaurant? La disponibilité et la diffusion ont un effet sur la consommation et c'est pourquoi je dis vive la clandestinité. Rendons les choses le plus difficiles possible et quadruplons le prix. Plus il sera difficile d'obtenir cette camelote, moins les gens comme moi vont devoir réparer les pots cassés.

**Mme Copps:** Monsieur Panzica, cela ressemble énormément à la prohibition.

**M. Panzica:** Pas du tout. Jusqu'à un certain point, oui. La prohibition de l'alcool n'a jamais été totale car il existait toujours du xérès médicinal, du vin de messe et d'autres variétés. Il ne s'agit pas ici de prohibition.



[Texte]

we are saying is that in studies by Schmidt and Delindt, in every industrialized country in the world where the per capita consumption of beverage alcohol goes up, the proportion of the population, not the numbers but the proportion, that get into trouble goes up faster. I do not know why.

**Ms Copps:** The Addiction Research Foundation of Ontario said that the trends were based on supply and pricing.

**Mr. Panzica:** Yes, price is the big thing that prevents the experimenter from becoming an addict, but it does not cure the addict.

**Ms Copps:** Having grown up in a certain generation, I have seen a pipe, and you could see them almost anywhere, although I have not seen some of the other more intricate stuff that has been brought up here. In terms of reaching out to young people and getting a message across, we have to be a bit realistic. I am referring to the chiefs of police report, because in the chiefs of police report from Toronto you mentioned that the one marijuana cigarette addict is disappearing. Now, that sounds like to me like *Reefer Madness*.

**Mr. Panzica:** I did not see the reference in context.

**Ms Copps:** No, that is not relating to your brief, Mr. Panzica.

**Mr. Panzica:** I am sorry.

**Ms Copps:** This is relating to the brief from the Metropolitan Toronto drug information unit. When you start telling young people that if they have one marijuana they are going to become addicts, your credibility level declines.

**Mr. Panzica:** With respect to you, I have watched the police officers in the classroom and I have never heard one say that.

**Ms Copps:** I am just reciting from the brief here.

**Mr. Panzica:** Oh, I am sorry. Go ahead.

**Ms Copps:** I think you are referring to the level of purity of the cigarette.

**S/Sgt Hovey:** Yes, there is that too. That particular article was in the journal of the Addiction Research Foundation of Ontario, along with many studies now in the United States. I have seen that movie, *Reefer Madness*, and there is no way that I am trying to get that message across. But let us not forget about marijuana and let it disappear, because it is a hazardous drug that is not any good whatsoever for you.

**Ms Copps:** The same thing could be said for alcohol and for tobacco.

**S/Sgt Hovey:** As you can see, I just snuffed out a cigarette. That is my habit, but it is legal so far.

[Traduction]

Comme le démontrent les études de Schmidt et Delindt, dans tous les pays industrialisés où la consommation de boissons alcooliques per capita augmente, on constate que la proportion de la population, non pas le nombre de gens, mais la proportion de la population qui a des démêlés avec les forces de l'ordre augmente plus rapidement. Je ne sais pas pourquoi.

**Mme Copps:** La Fondation de recherche sur la toxicomanie de l'Ontario dit que les fluctuations varient selon l'offre et le prix.

**M. Panzica:** Oui, le prix est un facteur qui empêche les usagers occasionnels de devenir des toxicomanes, mais il n'est pas un remède pour le toxicomane.

**Mme Copps:** Les gens de ma génération ont tous vu des pipes, même si les autres articles un peu plus raffinés, je ne les connais pas. Si l'on veut bien se faire comprendre des jeunes, il faut être réaliste. Je songe ici au rapport des chefs de police car dans celui qui vient de Toronto, on dit que le toxicomane qui ne prend qu'une seule cigarette de marijuana est en voie de disparition. Cela me fait penser à *Reefer Madness*.

**M. Panzica:** Je n'ai pas vu cette référence dans son contexte.

**Mme Copps:** Il ne s'agit pas de votre mémoire.

**M. Panzica:** Excusez-moi.

**Mme Copps:** Il s'agit du mémoire du Service de renseignements sur les drogues de la communauté urbaine de Toronto. Si on dit aux jeunes qu'un seul joint va les mener à la toxicomanie, on perd beaucoup de crédibilité auprès d'eux.

**M. Panzica:** J'ai vu les agents de police parler à des classes entières et jamais ils n'ont invoqué cet argument.

**Mme Copps:** Je cite le mémoire ici.

**M. Panzica:** Excusez-moi. Poursuivez.

**Mme Copps:** Je pense qu'il s'agissait de la concentration de THC dans ce joint, n'est-ce pas?

**Sgt/A Hovey:** C'est un fait. Cet article a paru dans le journal de la Fondation de recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, avec le résultat d'études que l'on fait actuellement aux États-Unis. J'ai vu le film *Reefer Madness* et ce n'est absolument pas le message que nous voulons transmettre. Il ne faut pas oublier la marijuana car il s'agit d'une drogue dangereuse qui ne vous vaut rien.

**Mme Copps:** On pourrait en dire autant de l'alcool et du tabac.

**Sgt/A Hovey:** Comme vous le voyez, je viens d'écraser une cigarette, car c'est une de mes habitudes et jusqu'à présent, elle est légale.

[Text]

**Mr. Panzica:** There is another factor, Staff Sergeant Hovey. As you know perfectly well, since you are an educator even though you keep denying it, nobody has ever suffered from a psychotic episode or been arrested for having tobacco.

**S/Sgt Hovey:** Have you ever seen me in the morning when I am reaching for my first cigarette and I know I do not have any?

**Mr. Panzica:** The distinction between marijuana and beverage alcohol is a subject of a column I wrote for the Public School Teachers Federation, which has been submitted to this committee; it may help answer the question.

**Ms Coppins:** I just happen to think that the police are taking a more realistic attitude in trying to zero in on some of the big suppliers, but we get back to the question of supply versus demand. As long as young people and older people are seeking out drugs, they are going to get them whether they are underground or above ground, whether they buy them openly and buy the equipment in a headshop or whether they get from behind. . . So the focus should still be on encouraging people not to use these crutches.

• 1115

**Mr. Panzica:** Madam, with great respect, that should be the focus. As my brief will tell you, supply and demand are two sides of the same coin. Cocaine is going up in use because it is getting cheaper.

**The Vice-Chairman:** Colleagues, our researcher, Mr. McNaughton, would like to ask the last question.

**Mr. Garth McNaughton (Committee Researcher):** The testimony presented today seems to suggest that the strongest correlation is between illicit drugs and crime, at least in eastern Canada. I have come across an article in *Western Report* that suggests that in the major metropolitan centres in western Canada the strongest correlation in downtown crime is between and Ritalin and Talwin abuse in particular.

**Mr. Panzica:** Yes, R and T.

**Mr. McNaughton:** Would it be a fair assessment to say there is this dichotomy in the country, that in the west the correlation is strongest with illicit pharmaceuticals and in the east the correlation is between abuse of illicit drugs and crime? Perhaps the correlation in eastern Canada has been exaggerated somewhat.

**Mr. Panzica:** As I said in my evidence in February, in the prairie provinces the big thing is the diversion of legal drugs to illicit use. I would remind you that virtually every drug abuser is a multiple drug user. I do not think the situation with illicit is being exaggerated, not at all. Thank God we give the police the discretion, but when

[Translation]

**M. Panzica:** Sergent Hovey, il y a autre chose. Puisque vous êtes un éducateur, même si vous le niez, vous savez parfaitement bien que personne n'a jamais connu de crise psychotique ou été arrêté pour tabagisme.

**Sgt/A Hovey:** Est-ce que vous m'avez déjà vu le matin quand je cherche ma première cigarette et que je constate que je n'en ai plus?

**M. Panzica:** Dans un article que j'ai écrit, je fais la distinction entre la marijuana et l'alcool. C'est un article que j'ai présenté à la Fédération des enseignants d'écoles publiques, et dont je vous ai envoyé copie. Vous y trouverez des éléments de réponses à votre question.

**Mme Coppins:** Je pense que la police est plus réaliste quand elle essaye de stopper certains des gros fournisseurs, mais nous voici encore devant cette question d'offre et de demande. Tant que les jeunes et les vieux chercheront des drogues, ils vont les trouver, qu'elles soient clandestines ou non, qu'on puisse les acheter ouvertement ou non, qu'on puisse trouver l'attirail dans les magasins ou non. . . On devrait donc continuer d'inciter les gens à ne pas avoir recours à ces béquilles.

**M. Panzica:** Madame, avec tout le respect que je vous dois, c'est là-dessus qu'il faudrait mettre l'accent. Comme je l'explique dans mon mémoire, l'offre et la demande sont deux aspects du seul et même problème. La consommation de cocaïne augmente parce que la cocaïne coûte de moins en moins cher.

**Le vice-président:** Chers collègues, le documentaliste du Comité, M. McNaughton, aimerait poser la dernière question.

**M. Garth McNaughton (documentaliste du Comité):** Les témoignages que nous avons entendus aujourd'hui laissent entendre que dans l'est du pays, à tout le moins, ce sont les drogues illicites qui sont le plus étroitement liées au crime. J'ai vu un article dans la revue *Western Report* qui illustre que dans les gros centres urbains de l'ouest du pays, le crime est surtout lié à l'usage de deux médicaments vendus sur ordonnance, Ritalin et Talwin.

**M. Panzica:** Oui. Le R & T.

**M. McNaughton:** Serait-il juste de dire qu'il existe au pays une certaine dichotomie, en ce sens que dans l'ouest, le crime est surtout lié à des produits pharmaceutiques licites, tandis que dans l'est, il est lié à des drogues illicites? Mais peut-être qu'on a quelque peu exagéré cette corrélation constatée dans l'est du pays.

**M. Panzica:** Comme je l'ai expliqué en février, dans les Prairies, on utilise des drogues licites à des fins illicites. Je vous rappellerais que la quasi-totalité des toxicomanes utilisent plusieurs drogues. Quant à la situation relativement aux drogues illicites, je ne pense pas du tout qu'elle ait été exagérée. Dieu merci, on donne un certain



[Texte]

they exercise their discretion in certain ways our statistics become less reliable.

**Ms Copps:** Do you think it is every illicit drug abuser or every drug abuser? Alcohol is also a drug, and people abuse alcohol who do not abuse anything else.

**Mr. Panzica:** The proportion of multiple drug use in alcoholics is lower. There is a very significant minority messing around with tranquillizers, sleeping pills, and narcotic pills such as veginin and 222s. You are right. They are a minority, but they are a very large and significant minority.

**Ms Copps:** There are a lot of women who get those drugs prescribed.

**The Vice-Chairman:** Order, please. It is not a free-for-all.

**Ms Copps:** I know. Sorry, Mr. Chairman, I did not mean to run roughshod over your job.

**The Vice-Chairman:** Inspector Stamler.

**Supt Stamler:** Thank you very much. I just wanted to confirm that particular point. Talwin is much more popular in places like Winnipeg and Regina. As we move west it is very popular, but in those two centres it is perhaps more popular than any other opiate product.

At one stage, the addicts seem to have gone to this kind of diverted drug and stuck with it. It occurred when heroin was in very short supply, in 1979 and 1980, and pharmacy break-ins rose rapidly. In some of these communities, the addicts never went back to the illicit opiate supply; they stuck with drugs like Talwin. That is clear. There is no question about that.

**The Vice-Chairman:** Sergeant Hovey, do you want to add a last comment here?

**S/Sgt Hovey:** In Canada, drug addicts are a breed all their own. MDA is big out west. There is very little in Toronto. Speed is heavy in Toronto. There is very little in Vancouver. With the Talwin situation, we had a case in Toronto with 10,000 lots coming out of doctors' offices on prescriptions.

The United States had that problem with Talwin. It is where a lot of our Talwin goes. They put an ingredient in their Talwin tablets, which solved the problem because it caused a reaction.

**Ms Copps:** What is it?

[Traduction]

pouvoir discrétionnaire à la police, mais lorsque celle-ci choisit d'exercer ce pouvoir de certaines façons, nos statistiques deviennent moins fiables.

**Mme Copps:** Pensez-vous que ce soit le cas de tous les adeptes de drogues illicites ou de drogues tout court? L'alcool est lui aussi une drogue, et il y a des gens qui consomment de l'alcool, mais rien d'autre.

**M. Panzica:** La proportion de consommateurs de drogues multiples est plus faible chez les alcooliques. Il y a cependant une minorité quand même importante qui consomme des tranquillisants, des somnifères et des pilules narcotiques comme par exemple la véginine et les 222. Vous avez raison. Ils constituent une minorité, mais il s'agit tout de même d'une minorité très importante.

**Mme Copps:** Il y a un grand nombre de femmes qui obtiennent ces drogues sur ordonnance.

**Le vice-président:** À l'ordre, s'il vous plaît. Je ne veux pas de cohue.

**Mme Copps:** Je n'ai pas voulu empiéter sur votre territoire.

**Le vice-président:** Inspecteur Stamler.

**Sdt Stamler:** Merci beaucoup. Je voulais tout simplement confirmer quelque chose. Le Talwin est beaucoup plus populaire dans des endroits comme Winnipeg et Regina. Plus on va vers l'ouest, plus ce produit est populaire, mais dans ces deux centres, le Talwin est peut-être plus populaire que tous les opiacés.

À une époque, les toxicomanes optaient pour ce genre de produits dont il faisait un usage autre que thérapeutique, et ils s'en tenaient à cela. Ce phénomène a été constaté lorsque les approvisionnements d'héroïne étaient très réduits, en 1979 et en 1980, et à cette même époque, on a constaté une recrudescence des vols par effraction dont ont été victimes des pharmacies. Dans certaines de ces localités, les adeptes ne sont jamais retournés aux opiacés illicites. Il s'en sont tenus à des médicaments comme le Talwin. Cela est évident. Il n'y a absolument aucun doute là-dessus.

**Le vice-président:** Sergent Hovey, auriez-vous quelque chose à ajouter?

**Sgt/A Hovey:** Au Canada, les drogués sont une race à part. Le MDA est très fort dans l'ouest, mais il y en a très peu à Toronto. À Toronto, ils sont très forts sur les méthamphétamines, mais il y en a très peu à Vancouver. Pour ce qui est du Talwin, il y a eu un cas à Toronto, où 10,000 lots sortaient sur ordonnance, des cabinets de médecins.

Aux États-Unis, ils ont eu le même problème avec le Talwin. C'est justement aux États-Unis que va une part importante du Talwin canadien. Les Américains ont mis un ingrédient dans leurs tablettes de Talwin. Cet ingrédient provoquait une réaction chez les utilisateurs, et cela a réglé le problème.

**Mme Copps:** Qu'est-ce qu'ils ont ajouté?



*[Text]*

**S/Sgt Hovey:** I do not know the particulars, but I know they added something to it. Perhaps Inspector Stamler knows the situation. It certainly stopped the Talwin market in the United States. We stepped in to take up the slack.

**The Vice-Chairman:** Thank you, Staff Sergeant Hovey. I would like to thank all the witnesses. Mr. Panzica, we had four distinguished individuals including yourself this morning. We thank you all for coming.

The meeting is adjourned.

*[Translation]*

**Sgt/A Hovey:** Je ne connais pas le détail, mais je sais qu'ils ont ajouté quelque chose. L'inspecteur Stamler est peut-être plus au courant que moi. En tout cas, cela a mis fin au marché de Talwin aux États-Unis. Mais des Canadiens ont assuré la relève.

**Le vice-président:** Merci, sergent Hovey. Merci à tous les témoins. Monsieur Panzica, nous avons ce matin entendu quatre témoins très distingués en plus de vous-même, et je remercie tout le monde d'être venu.

La séance est levée.

## APPENDIX "SNTE-3"

16 March 1987

Norman S. Panzica  
Suite 1100  
102 Bloor St. W.  
Toronto, Ont.  
M5S 1M8

Testimony to the  
House of Commons Standing Committee  
On National Health and Welfare

Mr. Chairman, I repeat how honoured I was to have testified before this august body on February 5th last, and am deeply grateful to have been allowed to return.

I have provided the Clerk of the Committee with copies of a three part series I wrote last year for the Ontario Public School Teachers Federation News. It is my hope that this may provide the honourable members with certain basic information. I regret that re-publication cannot be permitted at this time.

My background was made known to this Committee in my previous visit. Other witnesses have addressed the current situation on the streets better than I could. May I add only that in my travels across the country I am increasingly gaining the impression that any decline in cannabis use may be accounted for by at least two factors:

The discouragement of the police has probably led to an increase in what is called the ``boot and flush'' method. Sometimes a police officer finds an adolescent in possession of one or two marijuana cigarettes. He or she could then lay a charge under the Narcotics Control Act; in that case, the accused is on the street before the officer finishes the paperwork; the officer is late getting home from work; the accused subsequently is given an absolute or conditional discharge, rarely with any order for counselling and rarely with any psychological assessment or social field investigation. If this happens to one officer too often, he or she may resort to ``boot and flush''. This means the officer administers a verbal or figurative ``boot in the rear'' and discards the marijuana down a toilet or into a sewer, usually adding a warning that ``next time, I will charge you''. We don't allow the police to express their demoralisation in such circumstances, but thank God we do let them exercise reasonable and prudent discretion.

Another explanation for a decline in cannabis statistics would be that fewer young people are starting the use of this drug, for reasons outlined in my last appearance; i.e., effective preventive work by CODA, the police, the schools and the media. This suggests that the median age of cannabis users is going up.

This latter impression is strengthened by the reduced street sophistication I have seen in grades 7, 8 and 9 across the country in recent years.

\* \* \*

You have asked for thoughts which may lead to recommendations that parliamentarians could put to governments.

In that connection I appreciated very much the concern about training expressed by Ms Copps last month, because I am increasingly concerned about reductions in training public servants, reducing what were already minimal but excellent teaching efforts. Of all the areas in which government spending can be reduced, that is surely the most unwise. By your consent I will return to this topic a little later.

I was encouraged to hear Mr. Mantha's emphasis on parenting and on the role of schools. The weakest link in the prevention of drug abuse has always been and continues to be the parents (and, less often, teachers) of children under the age of 12. Thinking about prevention after the child turns 13 is analagous to delaying sex education until after a girl becomes pregnant.

As well, I fervently wish that Dr. Halliday's interest in egocentrism as both a cause and an effect of substance abuse were shared by the majority of Canadians, both parents and professionals.

A particularly admirable statement was recently made by the Hon. Solicitor-General when he noted that we must pursue with equal vigour the three major responses: enforcement in all its forms, education in its every aspect and treatment in the widest possible variety.

Before dealing briefly with specifics, may I applaud the remarks of Assistant Commissioner Heaton of the RCMP. There is no one in the drug abuse field I admire more than him; he understands fully the tripartite nature of appropriate action. He addressed brilliantly the issues of supply and demand.

It is my respectful submission that supply and demand are two sides of the same coin. To delineate better something I mentioned last month, a leading cause of the spread of drug abuse is the emotional involvement of the user in his behaviour. Misery, psychology teaches us, seeks not company but miserable company. The chronic use of psychoactive drugs gives the user an emotional investment which forces him to proselytize--especially dangerous if he is influential publicly.



The corollary is that availability itself promotes use, as we in Ontario found to our horror when the "drinking age" was lowered overnight from 21 to 18. This is an epidemiological reality Britain learned to its everlasting dismay in respect of heroin. And within two months of Canada authorizing heroin for medical use, a \$40,000 shipment bound for Canada disappeared from London's Heathrow Airport. In Ontario, supply is such that some dealers are giving 11 units to anyone who pays for ten.

Accordingly, an attack on the supply side is a contribution to reducing demand. As well, may I restate my position that the arrest of any chronic user or trafficker makes some contribution to limiting both supply and demand.

In the same vein, perhaps the most important, indeed vital, declaration governments can and must make summarizes the three legs of this tripod:

We will educate parents, professionals and children to make drug abuse less likely;

We will put every lawful obstacle we can in the way of a young Canadian damaging himself;

We will pursue with unrelenting vigour the apprehension and punishment of those who profit from human suffering; and

We will provide every kind of medical, psychological, educational and occupational help to the addict because whatever his crimes, he is a human being who deserves our best efforts.

Our declaration in most of these areas can be enhanced by the use of the law. We define, for example, only overtly violent offenders as imperilling public safety. We must identify the importers, growers, manufacturers and traffickers as representing a clear and present danger to the community. Sentencing in such matters has too often been exceedingly lenient and this situation has been made worse by such procedures as mandatory supervision.

Another specific: we absolutely must have what is called a "Paraphernalia law". The vendors of information and products which promote and condone drug abuse are making it easier for the young person to damage himself. Outlawing such sales would be to place another appropriate obstacle in the way of a young person damaging himself.

In the matter of prevention, I return to the comments of Dr. Halliday in respect to egocentrism. With some trepidation, may I say that while vigorous debate and unambiguous opposition to views we find unacceptable are necessary in all legislative assemblies, the attempts to drown out and refusal even to listen to opposing views, produces the worst possible example to our young in the

matter of developing empathy, which is the exact opposite of egocentrism. Another blow for empathy can be struck if the improper use of wheelchair spots on Federal property is made an expensive parking violation.

As Mr. Mantha wisely noted, the major ability and the major responsibility for prevention rests with the family. Accordingly anything which damages and demeans the institution of the family is antithetical to our determination to reduce substance abuse. May I offer one peripheral but real example of a subtle indirect negative: I am instructed that in 1958, a breadwinner could claim a third of income to support a stay-at-home spouse, and that it now is barely 14%. We obviously do need accessible and affordable (not free to all) day-care, but this must be done in such a way that the at-home spouse is somehow seen as equally valuable to society.

I have too often seen the parents of youthful offenders and patients treated like irrelevant ciphers. I have as recently as early this month witnessed a disgusting exhibition of a totally wanton and reckless disregard for the feelings, needs, status, wishes or sanity of the parents of a 15 year old. I am of course filing a complaint with the excellent attorney-general of Ontario, but I am also aware that both the YOA and the Drug Prosecutor are under Federal control. It is a sad commentary that I am grateful for the fact that my youngest child is 24, and exempt from such vicious attacks on the institution of the family.

And this leads me directly to the matter of preventive parenting, a vital form of education. There are substantial data which show that certain styles of family life are more or less likely to prevent drug abuse. Such data need to be known, but the sad thing is that most parents of pre-schoolers neither have the knowledge, nor want it.

Education of parents in all aspects of drug abuse, especially preventive parenting, is available from the variety of organizations you have heard mentioned over the months.

In my experience, parents are most willing to come and listen to such information at the behest of their own children. That is why I rarely address parents unless I have been in local schools first. I continue my contract with CODA the Council on Drug Abuse, itself a leader in preventive education, because they make me available to places and groups that otherwise could not afford the service. I have submitted a CODA Newsletter which shows that preventive education works. A sheet outlining the two day, whole community service is also in the material I have submitted. Basically, we give different messages with one underlying philosophy to children from Grade 4 to 12 or 13, to parents and to professionals. In some centres, this work has been sponsored by such service organizations as the Lions, Optimist, Rotary and others; elsewhere by the municipality or school board, often with the assistance of CODA.

CODA's work has been demonstrated to be effective, regardless of which of their consultants carries it out. But they rely on free-will donations and their program is, obviously, limited by budget.

Sometimes my work with government helps, when we can coordinate a trip for Government with municipal needs, removing the need to find plane fare. (Indeed Ottawa this week is an example: the Surgeon-General paid my plane fare, so this committee doesn't have to.)

In this way, cutbacks in training have had an effect on my work: most military bases can no longer afford to transport me; travel is less often paid by the Police College. But that isn't the biggest issue, since good people can sometimes (but too seldom) do it. I donate the royalties on my book to the municipality in which it is sold when I speak. Police officers volunteer driving time, etc.

But I am grievously concerned about cutbacks in training by and for Government employees. The more knowledgeable the police officer, the more confident he is and the better able is he to gain the respect of his community.

The excellent work of the Ontario Association of Chiefs of Police (previously outlined for you by others), is an example of enforcement personnel doing effective preventive education.

Parole officers have a distinct therapeutic role, as one example of the connection between enforcement and treatment: often, enforced compliance works: the resultant elevation in self-esteem is unaffected by the constructive coercion. Interacting with a correctional officer may be a beginning to rehabilitation. Military personnel do a fine job of education and coordination of education. Teachers of all kinds need to know that there are things they can do which are therapeutic without becoming enmeshed in situations they can't handle. Our most underrated consellers of drug cases are public health nurses, physical education teachers and probation or parole officers.

In the matter of treatment, Government doesn't need a doctrinaire approach which says that only one method, or only centre, should work with substances abusers. People are too variable, and we need a spectrum of such modalities from the loosest to the most structured. And we need to stop sending public money out of the country to treatment centres, as we sometimes do. Our needs are special.

I am also gratified and grateful for the determination expressed by various political leaders; it's also very encouraging to know that the Department of Health and Welfare is sending people around the country to see what is out there in the fields of treatment and education. I hope this leads to both coordination and financial support for a variety of organizations.

Looking over this submission, I remember why I prefer oral submissions and question-and-answer. Clearly my expertise, if any, doesn't extend to testifying



before Parliamentarians. I have tried only to provoke thought and debate as an aid to your deliberations.

And how great it is that you would and did listen to an ordinary man. Perhaps that is the most gratifying thing of all.

## APPENDICE «SNTÉ-3»

Le 16 mars 1987

Norman S. Panzica  
Pièce 1100  
102, rue Bloor ouest  
Toronto (Ontario)  
M5S 1M8

Témoignage produit devant le  
Comité permanent de la santé nationale  
et du bien-être social  
(Chambre des communes)

Monsieur le président, j'aimerais vous dire une fois de plus combien j'ai été honoré de comparaître le 5 février dernier devant cette auguste assemblée, et je vous suis reconnaissant de me permettre de revenir.

J'ai fourni au greffier du Comité des photocopies d'une série de trois articles que j'ai écrits l'année dernière pour le *Ontario Public School Teachers Federation News*. J'espère fournir ainsi aux membres du Comité certains renseignements de base. Je regrette qu'il soit actuellement impossible de les réimprimer.

Le Comité a été informé de mes antécédents lors de ma comparution antérieure. D'autres témoins ont parlé de ce qui se passe actuellement dans les rues mieux que je ne pourrais le faire. Je voudrais seulement ajouter que, quand je voyage dans le pays j'ai de plus en plus l'impression que la baisse de la consommation de cannabis peut être attribuée, au moins en partie, à deux facteurs.

Le découragement des policiers les a probablement poussés à recourir plus souvent à la méthode qui consiste à menacer les contrevenants et à jeter le cannabis dans les toilettes. Un policier qui trouve un adolescent en possession d'une ou deux cigarettes de marijuana peut l'inculper en vertu de la Loi sur les stupéfiants; cependant, l'accusé retourne dans la rue avant même que le policier en ait fini avec la paperasserie procédurière. Le policier revient tard à la maison et constate par la suite que l'accusé a bénéficié d'une libération inconditionnelle ou conditionnelle; le tribunal ordonne rarement à un accusé de recourir à des services de counselling ou de se soumettre à une évaluation psychologique ou à une enquête sociale. Un policier qui fait trop souvent face à ce genre de situation peut très bien décider tout simplement de faire

disparaître la marihuana dans les toilettes ou dans une bouche d'égout et de menacer le jeune contrevenant d'inculpation s'il récidive. Nous ne permettons pas au policier de montrer leur découragement dans pareilles circonstances mais, fort heureusement, nous leur laissons une certaine liberté d'action prudente et raisonnable.

On pourrait également expliquer la baisse de la consommation de cannabis du fait que moins de jeunes essaient maintenant cette drogue pour les raisons que j'ai exposées lors de ma dernière comparution: le travail de prévention efficace fait par le CODA, la police, les écoles et les médias. On peut en conclure que l'âge moyen des usagers du cannabis est plus élevé.

J'ai de plus en plus cette impression, car j'ai constaté, au cours des dernières années, que les jeunes de septième, huitième et neuvième années de tout le pays semblent moins habitués à ce qui se passe dans la rue.

\* \* \*

Vous m'avez demandé de vous exposer des idées qui pourraient servir aux parlementaires à présenter des recommandations aux gouvernements.

À ce sujet, j'estime que M<sup>me</sup> Copps avait tout à fait raison, le mois dernier, de se préoccuper de la formation. Je m'inquiète moi-même de plus en plus de la diminution des activités de formation à l'intention des fonctionnaires, activités qui étaient déjà minimes mais d'une excellente qualité. C'est sûrement le domaine où il convient le moins de comprimer les dépenses gouvernementales. Si vous me le permettez, je reviendrai sur cette question un peu plus tard.

L'accent mis par M. Mantha sur le rôle des parents et des écoles m'a beaucoup encouragé. Le maillon le plus faible des efforts déployés en vue de prévenir l'abus des drogues a toujours été et continue d'être les parents (et, plus rarement, les professeurs) des enfants de moins de 12 ans. S'intéresser à la prévention après qu'un enfant a atteint l'âge de 13 ans, c'est comme retarder l'éducation sexuelle d'une jeune fille jusqu'à ce qu'elle tombe enceinte.

Dans le même ordre d'idées, je souhaite ardemment que la majorité des Canadiens, tant les parents que les professionnels, s'intéressent aux travaux du D<sup>r</sup> Halliday sur l'égoïsme, en tant que cause et effet de la consommation de drogue.

Le Solliciteur général a récemment fait une déclaration qui m'a semblé particulièrement juste; il a en effet affirmé que nous devons déployer la même vigueur dans les trois principaux domaines de la lutte contre les drogues: l'application des lois sous toutes ses formes, l'éducation dans tous ses aspects et le traitement.

Avant d'aborder brièvement des questions précises, permettez-moi d'applaudir aux propos tenus par M. Heaton, commissaire adjoint de la GRC. Parmi tous ceux



qui travaillent dans le domaine des drogues, il est celui que j'admire le plus. Il est pleinement conscient des trois volets essentiels d'une action appropriée. Il s'attaque brillamment aux questions de l'offre et de la demande.

À mon humble avis, l'offre et la demande sont deux aspects du même problème. J'aimerais préciser un point que j'ai abordé le mois dernier; une des principales causes de la généralisation de l'usage abusif des drogues, c'est la réaction émotive de l'usager à l'égard de son comportement. La psychologie nous enseigne que celui qui se sent misérable ne cherche pas à s'en sortir mais, au contraire, se complaît dans ce sentiment. La consommation régulière de psychotropes provoque, chez l'usager, une réaction émotive qui l'incite au prosélytisme, ce qui est particulièrement dangereux s'il a une grande influence.

Une corollaire de cette théorie est que la possibilité de se procurer le produit favorise en elle-même sa consommation, comme les Ontariens l'ont constaté avec horreur lorsque l'âge auquel il est permis de boire de l'alcool a été ramené, du jour au lendemain, de 21 ans à 18 ans. C'est une réalité épidémiologique que la Grande-Bretagne a également constatée à sa plus grande surprise en ce qui a trait à l'héroïne. Moins de deux mois après que le Canada eut autorisé l'utilisation de l'héroïne à des fins médicales, un envoi de 40 000 \$ en direction du Canada a disparu de l'aéroport d'Heathrow, à Londres. En Ontario, l'offre est tellement abondante que les trafiquants donnent 11 unités à quiconque en achète 10.

Par conséquent, en s'attaquant à l'offre, on s'attaque à la demande. Permettez-moi aussi de répéter que l'arrestation de tout usager chronique ou de tout trafiquant contribue à limiter l'offre et la demande.

Dans cette optique, la déclaration la plus importante que les gouvernements peuvent faire doit reposer sur les principes suivants:

Nous éduquerons les parents, les spécialistes et les enfants pour réduire les risques de l'abus des drogues;

Nous élèverons tous les obstacles juridiques possibles pour empêcher les jeunes Canadiens de se faire du mal;

Nous chercherons sans répit à arrêter et à punir ceux qui profitent de la souffrance humaine;

Nous apporterons toute l'aide médicale, psychologique, pédagogique et professionnelle que nous pouvons offrir aux toxicomanes, car, malgré leurs crimes, ce sont des êtres humains qui méritent qu'on les aide.

Cette déclaration de principes peut être renforcée par l'application de la loi. À l'heure actuelle, nous estimons, par exemple, que seuls les délinquants violents menacent la sécurité publique. Or, ceux qui importent, cultivent,

fabriquent et trafiquent de la drogue constituent un danger réel et actuel pour notre société. On a trop souvent fait preuve de clémence à l'égard de ceux qui sont reconnus coupables d'infractions liées aux drogues, et cette situation a été aggravée par des procédures comme la surveillance obligatoire.

Il nous faut également une loi pour interdire la vente de tout l'attirail nécessaire aux toxicomanes. Les vendeurs de documentation et de produits qui encouragent l'abus des drogues facilitent la tâche aux jeunes qui veulent utiliser des drogues. En interdisant la vente de ces produits, on élèverait une autre barrière devant le jeune qui risque de se faire du mal.

En ce qui touche la prévention, je reviens aux propos qu'a tenus M. Halliday au sujet de l'égoïsme. Si, dans toutes les assemblées législatives, les attitudes que nous trouvons inacceptables doivent être condamnées catégoriquement, le fait de refuser d'écouter ceux qui ne partagent pas notre avis constitue le plus mauvais exemple qu'on puisse donner à nos jeunes et ne les incite pas à développer un sens de l'empathie, qui est exactement le contraire de l'égoïsme. Dans le même ordre d'idée, on pourrait amener les gens à éprouver de l'empathie pour les handicapés en donnant des contraventions très élevées à ceux qui stationnent dans des emplacements réservés aux handicapés.

Comme M. Mantha l'a fait remarquer avec justesse, c'est à la famille qu'incombe la responsabilité principale en matière de prévention de l'abus des drogues. Par conséquent, tout ce qui mine l'institution de la famille s'oppose à la réduction de l'abus des drogues. Permettez-moi de vous donner un exemple indirect mais très réel d'une atteinte à la famille: On m'informe qu'en 1958 une personne pouvait réclamer une déduction équivalant au tiers de son revenu à l'égard du conjoint qui demeurait à la maison. Cette déduction n'équivaut plus qu'à 14% à peine du revenu. Il est évident que nous avons besoin de services de garde à un prix abordable (pas gratuit pour tout le monde), mais il faudrait qu'on considère que le conjoint qui demeure à la maison rend un service aussi précieux à la société.

On a trop souvent considéré les parents des jeunes délinquants et toxicomanes comme des nullités. Au début du mois, j'ai été témoin d'un incident au cours duquel on a manifesté un manque total de compréhension et de respect pour les sentiments, les besoins, les désirs et la santé mentale des parents d'un enfant de 15 ans. J'ai déposé une plainte auprès de l'excellent procureur général de l'Ontario, mais je n'ignore pas que la Loi sur les jeunes délinquants et le procureur des drogues relèvent du gouvernement fédéral. Il est malheureux que j'aie à me réjouir du fait que le plus jeune de mes enfants ait 24 ans et qu'il soit maintenant à l'abri de ces attaques féroces dirigées contre l'institution de la famille.

Cela m'amène directement à la question de la prévention dans les foyers, qui est une forme essentielle d'éducation. De nombreuses études démontrent que certains types de vie familiale préviennent mieux que d'autres l'abus des

drogues. Il faut que les résultats de ces études soient connus, mais il est malheureux de constater que la plupart des parents d'enfants d'âge préscolaire ne les connaissent pas ou ne s'intéressent pas au sujet.

Les nombreuses associations dont vous avez entendu parler ces derniers mois renseignent les parents sur tous les aspects de l'abus des drogues et, en particulier, sur les moyens de prévention.

J'ai pu constater que les parents étaient disposés à participer à des rencontres sur le sujet lorsque ce sont leurs propres enfants qui le leur demandent. C'est pourquoi je rencontre très rarement des parents si je n'ai pas d'abord vu leurs enfants à l'école. Je continue de travailler à contrat pour le *Council on Drug Abuse (CODA)* qui joue un rôle de chef de file dans la prévention de l'abus des drogues, parce qu'il offre mes services à des groupes qui ne pourraient pas autrement se les permettre. Je vous ai remis un bulletin du CODA qui montre le succès des efforts de prévention. Les documents que je vous ai remis comprennent également un exposé du programme de deux jours que j'offre dans le domaine de la prévention de l'abus des drogues. Nous offrons divers messages, qui se fondent tous sur la même philosophie, aux enfants de la 4<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> ou 13<sup>e</sup> année, aux parents et aux spécialistes. Dans certaines localités, ce programme est parrainé par des organismes comme les clubs Lions, Optimistes ou Rotary. À d'autres endroits, c'est la municipalité ou le conseil scolaire, souvent avec l'aide du CODA, qui offre le programme.

Il est démontré que le CODA accomplit du bon travail, quel que soit le conseiller qui l'exécute. Le Conseil compte sur les dons volontaires et le budget consacré au programme est évidemment limité.

Parfois, mes liens avec le gouvernement sont utiles, surtout lorsque nous arrivons à coordonner un voyage du gouvernement avec les besoins d'une municipalité; cela nous évite de trouver de l'argent pour le billet d'avion. (Mon voyage à Ottawa cette semaine est un exemple: le «Surgeon-General» a payé mon billet, ce qui fait que le Comité ne sera pas obligé de déboursier quoi que ce soit.)

Les compressions décrétées dans le domaine de la formation ont influé sur mon travail; la plupart des bases militaires ne peuvent plus assurer mon transport; le Collège de police ne paie plus tous mes déplacements. Mais cela ne constitue pas le plus grand problème, puisque les bonnes gens peuvent parfois (mais rarement) le faire. Je verse les redevances que je touche sur mon livre à la municipalité qui m'accueille. Des policiers offrent de me conduire, etc.

Toutefois, je suis très préoccupé par les réductions annoncées dans les programmes de formation offerts aux fonctionnaires fédéraux et exécutés par ces derniers. Plus le policier est renseigné, plus grande est sa confiance; il parvient aussi à mieux s'attirer le respect de la collectivité.

L'excellent travail accompli par l'*Ontario Association of Chiefs of Police* (que d'autres vous ont déjà décrit) montre à quel point les programmes de



prévention mis en oeuvre par les policiers chargés d'appliquer la loi sont efficaces.

Les agents de liberté conditionnelle ont un rôle thérapeutique distinct à jouer; ce n'est qu'un exemple du lien qui existe entre l'application des lois et le traitement. Souvent, l'imposition des contraintes donne de bons résultats; le sentiment d'amour-propre qui en résulte ne se trouve pas amoindri par des mesures coercitives constructives. Le fait de collaborer avec un agent du service correctionnel peut ouvrir la voie à la réadaptation. Les militaires font de l'excellent travail dans le domaine de l'information et de la coordination. Les enseignants, quels qu'ils soient, doivent savoir qu'il existe des mesures thérapeutiques qu'ils peuvent appliquer sans se laisser entraîner dans des situations difficiles. Nos conseillers en toxicomanie les plus sous-estimés sont les infirmières d'hygiène publique, les professeurs d'éducation physique et les agents de probation ou de liberté conditionnelle.

En ce qui concerne le traitement, le gouvernement n'a pas besoin de faire comme s'il n'existait qu'une seule façon de soigner les toxicomanes ou les alcooliques ou un seul centre capable d'y parvenir. Les gens sont trop différents; nous avons besoin de toute une gamme de services, allant des plus flexibles aux plus structurés. Nous devons aussi cesser d'utiliser l'argent des contribuables pour envoyer des patients dans des centres de traitement situés à l'étranger, comme nous le faisons parfois. Nous avons des besoins particuliers.

Je trouve très encourageante la détermination manifestée par divers chefs politiques. De plus, je suis heureux d'apprendre que le ministère de la Santé et du Bien-être social envoie des représentants dans toutes les régions du pays pour voir ce qui se fait dans le domaine du traitement et de la formation. J'espère que ces mesures encourageront les diverses organisations à coordonner leurs efforts et leur permettront d'obtenir une aide financière.

En relisant ce mémoire, je comprends pourquoi je préfère les exposés oraux et les discussions. J'ai peut-être des compétences dans d'autres domaines, mais il est évident que témoigner devant des parlementaires n'est pas mon fort. J'ai tout simplement essayé de vous pousser à la réflexion et de susciter un débat pour vous aider dans votre étude de la question.

Je trouve merveilleux que vous ayez pris le temps d'écouter un simple citoyen. Il n'y a peut-être rien de plus satisfaisant.

---





















If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Canadian Association of Chiefs of Police:*

D.N. Cassidy, Executive Director;

R.T. Stamler, Vice-Chairman, Drug Abuse Committee;

Jacques Duchesneau, Director, Montreal Urban  
Community Police;

Lawrence Hovey, Staff Sergeant, Metropolitan Toronto  
Police.

*From the Council on Drug Abuse:*

Mr. Norman Panzica, Senior Consultant, Independent  
Counselor, Toronto.

#### TÉMOINS

*De l'Association canadienne des chefs de police:*

D.N. Cassidy, directeur exécutif;

R.T. Stamler, vice-président, Comité de l'abus de  
drogues;

Jacques Duchesneau, directeur, Communauté urbaine  
des Forces de Montréal;

Lawrence Hovey, sergent d'état-major, *Metropolitan  
Toronto Police.*

*Du Conseil de l'abus des drogues:*

M. Norman Panzica, expert-conseil principal, conseiller  
indépendant, Toronto.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 12

Thursday, March 19, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 12

Le jeudi 19 mars 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

## National Health and Welfare

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

## Santé nationale et Bien-être social

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to the  
study of alcohol and drug abuse

CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement relatif au mandat du ministère de la  
Santé nationale et du Bien-être social relativement à  
l'étude de l'alcool et de l'abus des drogues

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

THURSDAY, MARCH 19, 1987  
(17)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:38 o'clock a.m., in Room 371 of the West Block, this day, the Vice-chairman Barry Turner presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy.

*Acting Members Present:* Bill Lesick for Brian White, Paul Gagnon for Moe Mantha, Gordon Towers for Paul McCrossan.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Nova Scotia Commission on Drug Dependency:* Marvin Burke, Executive Director. *From the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:* Greg Stevens, Chairman; Brian Kearns, Executive Director, Program Services.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

Mr. Marvin Burke made a statement and answered questions.

Mr. Greg Stevens made a statement, and with the other witness, answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

**PROCÈS-VERBAL**

LE JEUDI 19 MARS 1987  
(17)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 38, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Barry Turner, (*vice-président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy.

*Membres suppléants présents:* Bill Lesick remplace Brian White; Paul Gagnon remplace Moe Mantha; Gordon Towers remplace Paul McCrossan.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De la Nova Scotia Commission on Drug Dependency:* Marvin Burke, directeur exécutif. *De l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:* Greg Stevens, président; Brian Kearns, directeur exécutif, Services des programmes.

En vertu des pouvoirs que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité examine de nouveau le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif de l'alcool et des drogues.

M. Marvin Burke fait une déclaration et répond aux questions.

M. Greg Stevens fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

A 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell



## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, March 19, 1987

• 0948

**The Vice-Chairman:** The Chair sees a quorum—as we call it—a reduced quorum to at least hear witnesses. The order of the day is the order of reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of drug abuse.

We are pleased to welcome Mr. Marvin Burke who is the executive director of the Nova Scotia Commission on Drug Dependency.

Mr. Burke, we apologize for the slow start this morning but we look forward to your comments and then discussion by the members.

**Mr. Marvin Burke (Executive Director, Nova Scotia Commission on Drug Dependency):** Thank you, Mr. Chairman. This morning I am pleased to bring you the greetings of our Minister, the Hon. Ronald Russell, Minister of Health, as well as those of our commission advisory boards and committees.

I would like to talk about some good things that are happening in Nova Scotia, if I may. I imagine a committee like this hears a lot of negative things. We can share those with you too, we have our share of them, but there are good things that happen as well. So if I may start that way, then maybe we can give you some figures later on.

Nova Scotia is a small province, as you know, with about 840,000 people. We do not have a lot of money and sometimes that can be a blessing. I think it has been in the case of Nova Scotia because we have looked around and found that our greatest resource is the people in the province. As a result, what we have done with our programs is to take a community development approach where people living in towns and villages in the province are very much involved in identifying what their problems are, as they understand them and as they see them, and are involved as well in helping make decisions about the kind of programs that ought to be implemented, be they in treatment and rehabilitation or in education and prevention.

• 0950

As a result, there are many hundreds of people in Nova Scotia who work alongside our commission and, in effect, act as a multiplier of our service by being volunteers and

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 19 mars 1987

**Le vice-président:** Nous avons le quorum—comme nous l'appelons—un quorum restreint qui nous permet au moins d'entendre les témoins. À l'ordre du jour, nous avons un ordre de renvoi émis conformément au Règlement 96(2) concernant le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social visant l'étude de l'abus des drogues.

Nous avons le plaisir d'accueillir M. Marvin Burke, directeur exécutif de la *Nova Scotia Commission on Drug Dependency*.

Monsieur Burke, j'espère que vous voudrez bien excuser le retard de ce matin, et nous attendons avec grand intérêt vos commentaires et la discussion qui pourra suivre avec les membres du Comité.

**M. Marvin Burke (directeur exécutif, Nova Scotia Commission on Drug Dependency):** Merci, monsieur le président. J'ai le plaisir de vous transmettre ce matin les salutations de notre ministre, l'hon. Ronald Russell, ministre de la Santé, ainsi que celles des comités et conseils consultatifs de notre commission.

J'aimerais vous faire part de certains aspects positifs de la situation qui prévaut en Nouvelle-Écosse, si vous le permettez. Un Comité comme le vôtre doit, je peux l'imaginer, entendre la plupart du temps des remarques pessimistes. Nous pourrions en formuler également, car notre situation comporte certains aspects négatifs, mais elle comporte néanmoins des aspects positifs. Je commencerai donc par vous faire part de ces aspects, pour ensuite vous donner quelques chiffres.

La Nouvelle-Écosse est une petite province, comme vous le savez, et sa population est d'environ 840,000 habitants. Nous ne sommes pas très riches, et cela offre parfois certains avantages. Je pense que c'est bien ce qui se passe en Nouvelle-Écosse, parce que nous avons examiné la situation et constaté que notre meilleure ressource était la population de la province. C'est pourquoi nous avons adopté, en matière de programmes, une approche de développement communautaire qui permet aux personnes qui vivent dans les villes et les villages de notre province de participer activement à l'identification des problèmes, tels qu'ils les comprennent et les perçoivent, et qui leur permet de contribuer aux décisions concernant le genre de programmes à mettre sur pied, qu'il s'agisse de traitement et de réhabilitation ou d'éducation et de prévention.

C'est ainsi qu'en Nouvelle-Écosse, des centaines de personnes travaillent de concert avec la commission, et leurs efforts viennent multiplier les nôtres lorsqu'ils

[Texte]

delivering the messages that the commission wishes to deliver to the populace as a whole.

One of our more interesting approaches has been to young people. Again, because we did not have a great deal of funds to send people into all the schools all at once, we decided that we would begin to teach the senior high school students how to teach drug education to younger students. We call it peer education or an outreach program, and at this point in time 17 school boards out of 22 in the province are involved in this program.

Our senior students are taught how to teach. They are also provided with information. The program is voluntary. Then they work as teams, going into grades 6, 7, 8, delivering programs to the young people. They make excellent role models, better role models than the adults do, and some good things have happened. Certainly our evaluation of the program says that some impact is being felt. In fact, some of our young people now have left the high school system and are into university and we are beginning to see their interest at the university level in continuing the peer education approach.

So we make great use in Nova Scotia of our citizens, our volunteers if you wish, because we think it is very important that they be involved. We also think that by involving people at the local level we have an opportunity to change attitudes and deal with values and offer the opportunity for skills to be developed by people.

Let me now turn to Nova Scotia and some of its programs and some of the figures related to our programs. Like many other commissions in the country, we have a comprehensive treatment and rehabilitation program. It is highly decentralized. We have five major in-patient centres and 27 out-patient centres scattered throughout the province in towns and villages so that follow-up is made easy for those who require it.

As I said, Nova Scotia has around 850,000 people. We estimate that about 500,000 people in Nova Scotia drink and about 10% of that population are in trouble with alcohol. I have not mentioned drugs yet; we are just talking about alcohol. Alcohol is a big problem. However, it is slowly but surely changing into a mixed kind of problem because at this point in time 55% of the people we see in treatment are poly-drug users; that is, they are using alcohol and/or one or more other drugs; tranquilizers, cannabis by-products, hashish, hashish oil, etc. That is a problem, a very big problem. We treat something over 6,000 people in the year and, as I say, the poly-drug use has become a major problem for us in our out-patient centres.

[Traduction]

apportent leur aide bénévole et transmettent à l'ensemble de la population les renseignements que la commission voudrait lui faire parvenir.

Une de nos initiatives les plus intéressantes concerne les jeunes. Ne disposant pas de fonds suffisants pour envoyer des représentants dans toutes les écoles, nous avons décidé de commencer par enseigner aux étudiants les plus âgés des écoles secondaires comment renseigner les étudiants plus jeunes sur la question des drogues. Il s'agit donc d'un programme d'éducation par les pairs ou d'un programme d'extension et, à l'heure actuelle, 17 des 22 commissions scolaires de la province participent à ce programme.

Nous enseignons comment enseigner à nos étudiants plus âgés. Nous leur fournissons également de l'information. Ce programme est volontaire. Ils travaillent ensuite par équipes et visitent les classes de 6, 7 et 8e années pour parler aux jeunes. Ils jouent très bien le rôle de modèles, mieux que des adultes ne pourraient le faire, et nous avons obtenu d'heureux résultats. L'évaluation de ce programme nous a permis de constater qu'il a un effet certain. De fait, certains de ces jeunes ont quitté l'école secondaire pour aller à l'université et ils semblent manifester le désir de poursuivre à l'université ce système d'éducation par les pairs.

En Nouvelle-Écosse, nous demandons beaucoup à nos citoyens, ou à nos bénévoles, si vous préférez, parce que nous pensons que leur participation est très importante. Nous pensons également que la participation des personnes au niveau local nous permet d'introduire des changements dans les attitudes, d'aborder la question des valeurs et de permettre aux gens d'acquérir des compétences.

Je voudrais parler maintenant de la Nouvelle-Écosse et de certains programmes et de certains chiffres concernant ces programmes. Comme de nombreuses autres commissions au Canada, nous avons mis sur pied un programme complet de traitement et de réhabilitation. Ce programme est très décentralisé. Nous avons 5 centres principaux d'hospitalisation et 27 centres de consultation externe qui couvrent toute la province à partir des villes et villages, ce qui facilite le suivi des personnes qui en ont besoin.

Comme je l'ai mentionné, la Nouvelle-Écosse a environ 850,000 habitants. Nous estimons qu'en Nouvelle-Écosse, environ 500,000 personnes consomment de l'alcool et que 10 p. 100 de ces personnes sont alcooliques. Je n'ai pas encore parlé des drogues; je parle uniquement de l'alcool. C'est l'alcool qui est le principal problème. Cependant, ce problème se complique, lentement mais sûrement, parce qu'à l'heure actuelle, 55 p. 100 des personnes qui se font traiter consomment plusieurs drogues; c'est-à-dire qu'elles consomment de l'alcool et une ou plusieurs autres drogues: tranquillisants, dérivés du cannabis, haschisch, huile de haschisch, etc. C'est un problème, un problème très grave. Nous traitons plus de 6,000 personnes par an et, comme je l'ai mentionné, l'usage de drogues multiples est devenu un grave problème pour nos centres de consultation externes.



[Text]

Three to four years ago there was not a whisper of a bit of cocaine anywhere near Nova Scotia. Today, it is the big drug on the street, after hashish, following alcohol and then to cannabis or hashish, you have cocaine being used. Just a week ago, a woman came in to bring me a sample of some powder—we analyse substances through our pathology lab—and the analysis showed that the cocaine was 95%/98% pure.

• 0955

We have not seen crack. But when you see cocaine that has 95% to 98% purity, you have cocaine that can be made into crack pretty easily. This is the kind of thing that is happening.

A recent study by our research people estimated that just the cost of alcohol problems alone in Nova Scotia is about \$100 million per year. This includes direct costs as well as loss of productivity. Once again, I note I have not identified the cost of drug use, because that is pretty hard to pick up.

Again, to show you the impact, a study was done two summers ago of the Victoria General Hospital, which is a major hospital in the province, with some 800-odd beds. We worked with the medical ward, which holds some 200-odd beds. Over a month two students interviewed people. What we found was that anywhere from 17% to 22% of the population in those beds on any given day were there because of alcohol- or drug-related problems. So the impact is fantastic. It is not just the thing we see in our detox centres; the 6000-plus people.

I should of course also remind you that the 6,000 people are not individuals living in isolation. They have families. They have friends. They have colleagues at work or in the labour force. Each of these situations is impacted upon by the individual. In effect, if you are looking at 6,000 people minimally being seen, and if you talk about the figure we have talked about for the number of people we think are in trouble, around 50,000 because of alcohol, you are looking at over a quarter of the population of the province being affected by the problems of other people through alcohol and alcoholism.

When I was invited to present to you, I was very pleased to be able to come and chat. I could sit, I suppose, and give you a lot of figures. But I said to Ms Russell that if this committee wants to have some impact, it really has to know what is happening. It has to feel what is happening.

It is good to get information. You are getting a lot of information. You have people here this morning who will give you information that is important information. You will hear about things that are happening that are positive; and, of course, you hear the negative.

[Translation]

Il y a trois ou quatre ans, il n'y avait aucune trace de cocaine en Nouvelle-Écosse. Aujourd'hui, c'est une drogue qui est largement consommée, après le haschisch, après l'alcool et en plus du cannabis ou du haschisch, on consomme de la cocaine. La semaine dernière, une femme m'a apporté un échantillon d'une poudre—nous analysons ces substances dans notre laboratoire de pathologie—et l'analyse a démontré que la cocaine était pure à 95-98 p. 100.

Nous n'avons pas encore vu de crack. Mais lorsqu'il y a de la cocaine pure à 95 ou 98 p. 100, il est très facile de fabriquer du crack à partir de cette cocaine. Voilà le genre de choses qui se passent à l'heure actuelle.

Une étude récente effectuée par nos services de recherche a estimé que le seul coût de l'alcoolisme en Nouvelle-Écosse représentait 100 millions de dollars par an. Ce coût comprend les coûts directs, ainsi que la perte de productivité. Je dois noter que nous n'avons pas évalué le coût de la consommation des drogues, parce que ce coût est difficile à établir.

Au sujet des coûts qu'entraîne la consommation des drogues, nous avons effectué une étude il y a deux ans au *Victoria General Hospital*, un des plus grands hôpitaux de la province, qui contient 800 lits environ. Nous avons examiné la salle des soins médicaux, qui comprend 200 lits environ. Sur une période d'un mois, deux étudiants ont interrogé les patients. Nous avons découvert qu'entre 17 et 22 p. 100 des patients occupant ces lits étaient traités en raison de problèmes liés à l'alcool ou aux drogues. Ces problèmes ont des répercussions incroyables. Il ne faut pas se limiter à ce que nous constatons dans nos centres de désintoxication, qui traitent plus de 6,000 personnes.

Je devrais peut-être vous rappeler que ces 6,000 personnes ne vivent pas dans un état d'isolement. Elles ont des familles. Elles ont des amis. Elles ont des collègues qui travaillent. Chacune de ces personnes a un effet sur ces différentes situations. En fait, si l'on tient compte des 6,000 personnes au moins qui sont traitées, et du chiffre que nous avons mentionné pour les personnes qui souffrent, d'après nous, de problèmes, 50,000 environ à cause de l'alcool, on constate que plus d'un quart de la population de la province est affecté par les problèmes reliés à l'alcool dont souffrent d'autres personnes.

Lorsque j'ai été invité à témoigner devant vous, je me suis réjoui de pouvoir venir vous parler. Je pourrais fort bien vous donner un nombre impressionnant de chiffres. Mais j'ai dit à M<sup>me</sup> Russell que si votre Comité veut présenter des recommandations efficaces, il faut qu'il sache ce qui se passe. Il doit sentir ce qui se passe.

L'information est une bonne chose. Je suis sûr que vous recevez beaucoup d'information. Il y a des gens ici présents ce matin qui vous donneront des renseignements, je veux dire des renseignements importants. On va vous parler des aspects positifs, et bien entendu des aspects négatifs.



[Texte]

But there must be an opportunity for a group like yours, Mr. Chairman, to get the reality of what drug abuse is all about. And I think you can only get that by talking with or listening to people who have hands-on experience and talking to some of the people who themselves are in trouble. So at the time I spoke with Ms Russell I invited you—and I think I followed that up with a letter, a formal invitation; and on behalf of my Minister I do so once again—to visit Nova Scotia to participate in a program we offer to community groups and to professionals. It is an orientation to addictions. It is a short-term intensive program that deals with the matter of addictions, the aetiology of addictions—just why people get in trouble—treatment and whether it is effective and whether it is not effective, how the family is involved. It deals with some of the myths; because there are a lot of myths and a lot of fables about addictions. I think this is the only way you can find out just what really happens.

One of our colleagues talks about it as a "disease of feelings". Well, we think it is important that you understand what this is about; what the thought processes are about when people get themselves in trouble. So I again invite you, and I would be pleased to discuss further, if possible this morning, this possibility.

Other than that, I want to end my comments by making a comment about the hoped-for national strategy on drugs.

• 1000

I am very concerned that what comes out of it is a true partnership between the federal government and the provinces. Although the federal government has many of the resources and certainly some of the powers, the ability to deliver the program is at the provincial level, and the expertise is at the provincial level. You cannot fire a shotgun from Ottawa and hope it is going to hit Medicine Hat, Alberta, or northeast Nova Scotia. In fact, we cannot fire one from Halifax and hope we are going to hit Paradise, Nova Scotia, or Yarmouth.

Things only happen that really mean something for people if they happen in people's towns right around their way of life, the way they do things, and the things that happen for them.

I urge the committee to support our national strategy, to express its opinion that it has to be a real partnership between the federal government and the provinces. The provinces have worked along with the federal government. You may know we have a federal-provincial advisory committee on alcohol and drugs. This committee represents the commissions in Canada, the provinces and the territories. It has on it, therefore, representatives of agencies that have the majority of the

[Traduction]

Mais il faut qu'un groupe comme le vôtre, monsieur le président, ait l'occasion d'entendre ce qu'est vraiment l'abus des drogues. Je pense que vous ne pouvez connaître cette réalité qu'en parlant ou en écoutant les gens qui ont une expérience concrète du problème et en parlant à des personnes qui en souffrent directement. C'est pourquoi lorsque j'ai parlé avec M<sup>me</sup> Russell, je vous ai invité—et je pense que je vous ai envoyé par la suite une invitation officielle; et au nom de mon ministre, je répète cette invitation—à visiter la Nouvelle-Écosse pour participer à un programme que nous offrons aux groupes communautaires et aux membres des professions libérales. C'est un programme de sensibilisation à la dépendance à l'égard des drogues. C'est un programme intensif qui traite de la question de la dépendance, l'étiologie de la dépendance—qui explique pourquoi ils deviennent dépendants—le traitement, son efficacité ou les raisons pour lesquelles il ne l'est pas, et la façon dont la famille peut y participer. Ce programme dissipe certains mythes; parce qu'il existe de nombreux mythes et d'histoires sur la dépendance. Je pense que c'est la seule façon de connaître ce qui se passe réellement.

Un de nos collègues en parle comme d'une «maladie des sentiments». Eh bien, je pense qu'il est important que vous compreniez la nature exacte du problème; quel est le processus mental qui amène certaines personnes à devenir dépendantes à l'égard des drogues. C'est pourquoi je vous invite à nouveau, et je serais heureux d'examiner plus en détail, si possible ce matin, cette possibilité.

Pour le reste, je voudrais terminer mes observations en formulant un commentaire sur le projet de stratégie nationale contre les drogues.

Il me paraît très important que cette stratégie se fonde sur une véritable collaboration entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le gouvernement fédéral dispose dans ce domaine de nombreuses ressources et il détient certainement certains pouvoirs, mais c'est au niveau provincial que l'on trouve les moyens d'implanter un tel programme, et c'est au niveau provincial que se trouvent les spécialistes. Il n'est pas possible d'atteindre à partir d'Ottawa Medicine Hat, en Alberta, ou le nord-est de la Nouvelle-Écosse. En fait, il est difficile d'atteindre Paradise, Nouvelle-Écosse, ou Yarmouth, à partir d'Halifax.

Les événements qui comptent véritablement pour les gens sont ceux qui se produisent dans la ville où ils habitent, ce sont ceux qui ont un rapport avec la façon dont ils vivent et leur manière de faire les choses.

Je demande instamment au Comité d'appuyer notre stratégie nationale, mais aussi d'affirmer clairement que cette stratégie doit être le fruit d'une véritable association entre le gouvernement fédéral et les provinces. Les provinces ont déjà collaboré avec le gouvernement fédéral. Vous savez peut-être qu'il existe un comité consultatif fédéral-provincial sur l'alcool et les drogues. Ce comité représente les commissions du Canada, des provinces et des territoires. Il est donc composé de représentants

## [Text]

expertise and which operate centres of excellence in this country. We very much want to work alongside the federal government, but it is important that this be understood and that it be a program that starts that way and stays that way.

We would hope, and Nova Scotia feels very strongly about this, that any programs that are mounted are long-term programs—5, 10, even 20 years—because very often programs that are important take a year or two to get wound up. If you are given a three-year budget or setting a three-year term, or a five-year term even, no sooner have you wound up the project than you are getting ready to unwind. That is useless. People are going to be around for a long time, and this problem is going to be around for a long time because of the way the stuff is coming in at us.

We also want to urge that in cost-sharing our programs, many of which are now cost-shared under a program called the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Agreement, there be understanding that this act or agreement be broadened so it covers such areas as work with adolescents.

The act presently has a base which reflects a work-force approach. Adolescents are not in the work force; therefore, officially, I suppose, they do not qualify. I think it is important if we are going to work with young people that they qualify so there will be cost-sharing when we work with young people.

We are working very well with the schools and have good access, but these are places where young people are very captive. They are there; we have them. And we can work with their parents as well, as we do. But we are not working with the kids on the street, and there are a heck of a lot of them on the street. They are not bad kids. They are kids on the street because they have no work or they have problems in their homes. But they are on the street regardless, and I urge the setting up of street centres across this country and support of such programs.

Also, we cannot look at just one kind of program. We have done this for so long: set up a house and that will do it. Well, all that does is generate the need for something else. When we have a detox centre and someone gets in there and becomes detoxified, and he or she comes out, they have to have a place to follow up that program in terms of long-term therapy. Sometimes they need a place to live; the family needs help; they may need a job; there are life skills they do not have access to in terms of information or experience. There needs to be a myriad of services developed, otherwise we are wasting money by saying, well, that is the program and that will be the panacea. It cannot be done.

## [Translation]

d'organismes qui emploient la plupart des spécialistes de ce domaine au Canada et s'occupent de centres d'excellence. Nous sommes tout disposés à travailler de concert avec le gouvernement fédéral, mais il est très important que cette idée d'association soit bien comprise et qu'il s'agisse d'un programme qui s'en inspire, tant pour sa création que pour son fonctionnement.

Nous espérons, et la Nouvelle-Écosse considère cet aspect très important, que l'on envisage des programmes à long terme—cinq, dix, voire vingt ans—parce que les programmes d'envergure prennent bien souvent un an ou deux pour démarrer. Lorsqu'on vous octroie un budget de trois ans ou qu'on fixe un terme de trois ans, ou même de cinq ans, le projet est à peine démarré qu'il faut déjà penser à l'arrêter. Cela ne sert à rien. La population n'est pas prête de disparaître, et ce problème n'est pas non plus prêt de disparaître, avec la vitesse à laquelle arrivent les drogues.

Pour ce qui est des programmes à frais partagés, dont la plupart sont conçus dans le cadre de l'accord sur la réadaptation professionnelle des personnes handicapées, il nous paraît essentiel que cet accord soit élargi pour qu'il puisse s'appliquer à des domaines comme les programmes destinés aux adolescents.

L'accord actuel, ou la loi, vise principalement le monde du travail. Les adolescents n'en font pas partie; c'est pourquoi, officiellement, ils ne seront sans doute pas visés par ces programmes. Il s'agit là d'un aspect important; il faut que les jeunes soient visés par ces programmes pour que les frais qu'ils entraînent puissent être partagés.

Nous entretenons de bonnes relations avec les écoles et y sommes bien accueillis, mais les jeunes qui les fréquentent constituent une population captive. Ils s'y trouvent, et nous pouvons donc les rejoindre. Nous pouvons également travailler avec leurs parents, et nous le faisons. Mais nous ne rejoignons pas les jeunes qui traînent dans les rues et, pourtant, ils sont très nombreux. Ils ne sont pas mauvais. Ils traînent les rues parce qu'ils n'ont pas de travail ou qu'ils ont des problèmes à la maison. Mais on les trouve quand même dans la rue, et c'est pourquoi il faudrait mettre sur pied des cliniques de rue dans toutes les régions et soutenir ce genre de programmes.

Il ne faudrait pas non plus se limiter à l'étude d'un seul genre de programmes. C'est ce que nous avons fait trop longtemps: nous réglons un problème et pensons que la question est réglée. Eh bien, ce genre de solution ne fait que créer de nouveaux besoins. Nous avons un centre de désintoxication qui traite des personnes, mais lorsqu'elles le quittent, il faudrait qu'elles puissent être dirigées vers un programme qui leur offre une thérapie à long terme. Elles ont parfois besoin d'une place ou d'un endroit où habiter; leur famille a besoin d'assistance; elles se cherchent du travail; elles n'ont pas l'information ou l'expérience nécessaire pour faire certaines choses dans la vie. Il faudrait pouvoir leur offrir une multitude de services, sans quoi l'argent dépensé n'est d'aucune utilité si l'on se contente de dire: nous avons mis sur pied un



[Texte]

We also could talk for hours about the need for so many other expanded kinds of services; for instance, the training of physicians in this country. Someone must do something about the training of physicians in Canada, when it comes to working with alcohol- and drug-addicted persons.

• 1005

I teach the epidemiology course in community health at Dalhousie Medical School, and we get the biggest laugh when we talk about the physical history often done by doctors. Doctors are sometimes very edgy about asking how many cigarettes you smoke a day, and do you drink, and very often it is hard for the doctor to press home the point that he really wants to know whether you drink a lot and whether you smoke a lot. Usually it is: You are a social drinker, right? And everybody is a social drinker. So everybody heaves a sigh of relief.

Physicians have to be trained. They have to be trained to understand this problem, to understand that there are many resources in the community that are prepared to work alongside them. It is very crucial that this be considered not just in one school, but right across this country.

The use of solvents is another problem. At one time we thought it was going away, but I think our colleagues in the western part of Canada can tell you a lot more than we can, but interestingly enough we are now seeing an increase in the use of solvents in Nova Scotia.

We will have figures out as soon as we complete our school survey. We do triennial surveys of the schools and we are just completing this last survey, which covers Halifax, all of Pictou County and parts of Cape Breton County. We have a feeling that for the young and the poor—and when I talk about poor I mean not only young but even some of the older people, 25 and above—solvents are like a cheap table wine, if you wish, to the guy who likes his wine but can only afford \$1.50 a bottle, or a \$2.50 bottle, or a \$3.50 bottle, or whatever, as opposed to a very, very expensive one. Solvents have become everybody's *vin ordinaire*, you know. We are seeing an increase, a significant increase in the use of solvents. So that is a concern that I think this committee ought to address and certainly ask more questions about, and do something about if possible.

I think we should close off and thank you for letting us say what we had to say. Please feel free to ask questions.

**The Vice-Chairman:** Thank you, Mr. Burke. I am going to start with Mr. Lesick and Ms Copps and Mr. Gagnon, for five minutes, please, just so we can get it rolling. Mr. Lesick.

[Traduction]

programme et il doit régler la question. Cela n'est pas possible.

Nous pourrions également parler pendant des heures de la nécessité d'offrir de nombreux autres genres de services; par exemple, la formation des médecins. Il faudrait s'occuper de la formation des médecins canadiens, parce qu'ils sont amenés à traiter des personnes dépendantes à l'égard de l'alcool ou des drogues.

J'enseigne un cours d'épidémiologie en santé communautaire à la *Dalhousie Medical School*, et nous nous amusons beaucoup lorsque nous parlons de la façon dont les médecins interrogent bien souvent leurs patients sur leurs antécédents médicaux. Les médecins sont souvent très gênés de demander à leur patient combien de cigarettes il fume par jour et s'il consomme de l'alcool. Il leur est souvent très difficile d'indiquer clairement qu'il veut savoir si le patient boit beaucoup et s'il fume beaucoup. La conversation revient habituellement à peu près à ceci: vous buvez à l'occasion, n'est-ce pas? Et tout le monde boit à l'occasion. Et tout le monde est soulagé.

Il convient de former les médecins. Il faut les amener à comprendre ce problème, à comprendre que la collectivité dispose de nombreux services avec qui ils pourraient collaborer. Il est essentiel que ce problème soit abordé non pas dans une faculté de médecine, mais dans toutes les facultés du Canada.

L'usage des solvants constitue un autre problème. On a pensé à un certain moment que ce problème allait disparaître, et nos collègues de l'Ouest du Canada peuvent peut-être vous en parler davantage, mais il me paraît intéressant de noter que nous constatons une augmentation de l'usage des solvants en Nouvelle-Écosse.

Nous aurons des chiffres dès que nous aurons terminé notre sondage en milieu scolaire. Nous effectuons des sondages trois fois par année et nous sommes en train de terminer le dernier sondage, qui porte sur Halifax, le comté de Pictou et certaines parties du comté de Cap-Breton. Nous avons le sentiment que pour les jeunes et les pauvres—et quand je dis «pauvres», je ne veux pas dire seulement les jeunes, mais même des personnes plus âgées, de 25 ans et plus—les solvants sont utilisés comme un vin de table à bon marché, si vous le voulez, par la personne qui aime le vin, mais qui ne peut s'offrir qu'une bouteille qui coûte de 1,50\$ à 3,50\$, et non pas des vins très chers. Les solvants sont devenus le vin ordinaire d'à peu près tout le monde. Nous constatons une augmentation, une augmentation sensible de l'utilisation des solvants. Il s'agit là d'un problème que votre Comité devrait aborder et approfondir pour tenter d'y apporter des solutions.

Je pense que je devrais maintenant m'arrêter et vous remercier de nous avoir donné l'occasion de présenter ces observations. N'hésitez pas à nous poser des questions.

**Le vice-président:** Merci, monsieur Burke. Je vais donner la parole à M. Lesick, M<sup>me</sup> Copps et M. Gagnon, pour cinq minutes, s'il vous plaît, pour commencer. Monsieur Lesick.



## [Text]

**Mr. Lesick:** Thank you very much, Mr. Burke. I am very pleased to see you here, sir, and hear your perspective of what is happening in Nova Scotia. I am from Alberta, as my colleague here is as well, and it is interesting to know that you are working in your drug abuse programs with high school students. I would like to know who is doing the program teaching the high school students to relate to younger students.

**Mr. Burke:** Our staff. We have special staff with degrees in education, educational psych, and all they do is work with the kids.

The program has three phases to it. The first phase is working with the kids themselves, that is the peer education phase, and this is done by, as I say, co-ordinators and supervisors who have degrees in education and educational psych at the master's level and experience working in the school system. We train teachers as well. The teacher has to make a two-year commitment to working alongside us, and we train them. I must say the enthusiasm is great because they come on the weekends and take training. It is not something teachers have often done.

**Mr. Lesick:** Where is the problem of students most prevalent? Is it in the larger cities, Halifax, Dartmouth, or is it . . . ?

**Mr. Burke:** Right across the province. Now there is no difference between urban and rural, not really. People are very mobile.

**Mr. Lesick:** You are talking of a national strategy, sir, uniting the province and the federal, with the federal government taking the lead. What do you feel we can do, not as a government but as a people, as you in Nova Scotia, to prevent drug abuse, alcohol? It is getting worse. What can we do?

• 1010

**Mr. Burke:** Do you have an hour or two? Let me try to do it in as short a time as possible. Let us put it this way. Whatever we do has to be done over a long period of time—that is the first thing—not, as I said, in one month, one year, even one decade; maybe in one generation, plus. Secondly, it has to be done consistently. Thirdly, it has to have a holistic approach. You cannot deal with, for instance, raising the price of alcohol. . . that is one way, for instance, of cutting down consumption, possibly. But there have to be other policies. There have to be policy issues dealt with as well. You cannot argue about people using alcohol, for instance, and then build taverns out on highways; and tell people you must not drive and drink, but to get to the taverns you have to take a car and drive 12 miles. . . and how do you get back after you have had a drink or two? So policy is pretty important.

## [Translation]

**M. Lesick:** Merci beaucoup, monsieur Burke. Je suis très heureux de vous voir ici aujourd'hui et d'avoir pu entendre votre point de vue sur ce qui se passe en Nouvelle-Écosse. Je viens de l'Alberta, comme mes collègues le savent, et j'ai été très intéressé d'apprendre que vous travaillez dans le cadre de vos programmes de lutte contre l'abus des drogues avec des étudiants du secondaire. J'aimerais savoir quelles sont les personnes qui s'occupent d'enseigner aux étudiants du secondaire à travailler avec des étudiants plus jeunes.

**M. Burke:** Ce sont des membres de notre personnel. Nous avons du personnel spécialisé, diplômé en éducation et en psychologie de l'éducation, et il se consacre exclusivement aux jeunes.

Ce programme comporte trois étapes. La première s'adresse aux jeunes, il s'agit de l'étape de l'éducation par les pairs, et ce sont, comme je le dis, des coordonnateurs et des superviseurs qui ont une maîtrise en éducation et en psychologie de l'éducation et de l'expérience du monde scolaire qui s'en occupent. Nous formons également les professeurs. Le professeur doit s'engager à travailler pendant une période de deux ans avec nous, et nous le formons. Les professeurs participent à ce programme de façon très active, puisqu'ils suivent des cours de formation les fins de semaine. Les professeurs font rarement des choses de ce genre.

**M. Lesick:** Quelle est la région où les problèmes des étudiants sont les plus aigus? Est-ce dans les principales villes, Halifax, Dartmouth, ou est-ce. . . ?

**M. Burke:** Dans toute la province. Il n'y a pas vraiment de différence entre le milieu rural et le milieu urbain. Les gens sont très mobiles.

**M. Lesick:** Vous parlez d'une stratégie nationale qui unirait les provinces et le fédéral, ce dernier jouant le rôle de chef de file. Que pensez-vous que nous pourrions faire, non pas en tant que gouvernement, mais en tant que personne, comme vous le faites en Nouvelle-Écosse, pour combattre l'abus des drogues et de l'alcool? Le problème s'aggrave. Que pouvons-nous faire?

**M. Burke:** Je pourrais consacrer une heure ou deux à cette question. Mais je vais essayer de le faire le plus brièvement possible. Voilà ma pensée. Quelles que soient les mesures adoptées, il faut qu'elles soient appliquées pendant une longue période—voici un premier élément—non, comme je l'ai dit, un mois, un an, ou même dix ans, peut-être une génération, et peut-être plus. Deuxièmement, ces mesures doivent être appliquées de façon cohérente. Troisièmement, il faut adopter une approche globale. Il ne faudrait pas se contenter, par exemple, d'augmenter le prix de l'alcool. . . c'est une façon de diminuer la consommation. Mais il faut adopter d'autres politiques. Il faut adopter des politiques globales. On ne peut, par exemple, critiquer d'un côté la consommation d'alcool et, de l'autre, construire des tavernes le long des routes; et venir dire ensuite aux gens qu'ils ne peuvent conduire et boire lorsqu'il faut prendre

[Texte]

That is the issue. Whatever we do has to be consistent, it has to be holistic. There have to be a lot of things happening, not just one thing alone, and we have to do it for a good period of time. I would not give you all the actions, because as I say, there are many, many things that need to be done.

**Mr. Lesick:** One set of witnesses told us in our last meeting that raising prices would help. What is your opinion on that?

**Mr. Burke:** Yes, it has been shown that if you raise the price, you lower, somewhat, the consumption patterns; and we know if you lower the consumption patterns, you lower the likelihood of the disease pattern increasing. But we have also found that after a while people deal with that impact and they go right back and drink and they still buy. That means you would have to have a price policy that continually kept the price going up and up and up.

**Mr. Lesick:** Going into alcoholism, do you think we would have stills in the woods?

**Mr. Burke:** You might. You have some now, so you might as well consider it could happen then too.

**Ms Copps:** You have spent a lot of time... and it is the first brief that has really focused primarily on the problems of alcohol. We have heard a lot about illicit drug abuse, a little about the so-called "licit" drug abuse. The figure you quote about 25% of Nova Scotians being affected in the sense of the abuser or their families or relatives, etc.: is that fairly representative of what we could expect across Canada?

**Mr. Burke:** I would think so. If you say a family is four to five people, you can say every person who is in trouble affects his family or her family, so they affect at least four or five more or three or four more; and they certainly affect the work force in terms of loss of productivity and job retraining and losses there. So yes, I would say that is general.

**Ms Copps:** Some of the frustration we are feeling as a committee... and I share your hopes for the interdepartmental drug strategy team. Unfortunately, they are not coming to our committee and we really will not have any input into what they are doing, because they are operating independently of what we are doing.

[Traduction]

une voiture pour se rendre à la taverne et conduire sur une distance de 12 milles... et comment rentrer chez soi après avoir pris un verre ou deux? On peut voir que le choix d'une politique globale est importante.

C'est là le problème. Quelles que soient les mesures adoptées, elles doivent être cohérentes et procéder d'une démarche globale. Il faut prendre une série de mesures, et non pas quelques mesures, et il faut les appliquer pendant de longues périodes. Je ne pourrais vous donner une liste des mesures à prendre, puisque, comme je viens de le dire, elles sont très, très nombreuses.

**M. Lesick:** Un groupe de témoins nous a déclaré au cours de la dernière réunion qu'une des solutions serait d'augmenter les prix. Qu'en pensez-vous?

**M. Burke:** Oui, on a démontré que l'augmentation des prix entraîne une légère diminution de la consommation; et l'on sait qu'une diminution de la consommation entraîne une réduction de la probabilité d'une augmentation de la consommation pathologique. Mais nous avons également constaté qu'après un certain temps, les gens absorbent l'augmentation et continuent à acheter et à boire de l'alcool. Cela veut dire qu'il faudrait avoir pour politique d'augmenter continuellement le prix de l'alcool.

**M. Lesick:** Au sujet de l'alcoolisme, pensez-vous que cela entraînerait l'apparition de distilleries clandestines?

**M. Burke:** Cela est possible. Il en existe déjà, et on pourrait donc penser que cela pourrait se produire.

**Mme Copps:** Vous avez consacré beaucoup de temps... et c'est le premier mémoire qui insiste principalement sur les problèmes liés à l'alcool. De nombreux témoignages ont porté sur l'abus des drogues illicites et quelques-uns sur l'abus des drogues que l'on appelle «licites». Le chiffre que vous avez cité d'après lequel 25 p. 100 des habitants de la Nouvelle-Écosse sont affectés par ce problème à titre de consommateurs, de parents ou amis, etc., est-il représentatif de la situation canadienne dans son ensemble?

**M. Burke:** Je le pense. Si l'on prend comme base qu'une famille comprend quatre ou cinq personnes, on peut alors affirmer que l'alcoolisme d'une personne affecte sa famille, et donc que cela affecte quatre ou cinq personnes de plus, ou trois ou quatre; et cela affecte également la main-d'oeuvre sur le plan de la diminution de la productivité, du recyclage et des pertes économiques. Je pourrais donc dire que ce chiffre est dans l'ensemble exact.

**Mme Copps:** En tant que membres du Comité, nous nous sentons quelque peu limités... et je suis comme vous en faveur de la mise sur pied d'une équipe interministérielle pour la stratégie de lutte contre les drogues. Malheureusement, il n'est pas prévu qu'ils comparaissent devant notre Comité, et nous ne participons aucunement à la prise des décisions dans ce domaine, parce qu'ils fonctionnent de façon tout à fait indépendante de nous.



## [Text]

I wonder if you could give us an idea. . . where we are frustrated is. . . as you said, most of the delivery systems are provincial, most of the funding, while it passes from the federal government in cost-sharing, is certainly "divvied up" provincially. We are sitting around as a committee, trying to devise the federal approach to resolving the problem, and we are torn, because we have the problem of. . . In your last page, you outline all the things we have to look at. If we had one priority, what should it be? About the battle, is it alcoholism that should be our first focus?

**Mr. Burke:** It certainly is the biggest problem in this country; and the unfortunate part of all this—and I go back some 16 years now in this field, which is a bit of time—is that we have gone back and forth. We got very involved in the latter part of the 1960s and early 1970s with drugs, because they hit the scene and they hit it with a bang. The mystique was there, the pathology. . . nobody knew what. . . you could be told they were IV-ing all sorts of stuff and believe it, because you did not know whether it was true or not and you could not argue that it was not true. Then we realized that alcohol was a problem. We went to alcohol and we forgot the drugs. But the truth is that we are dealing with both of course. As I said, 55% of our people coming for treatment are using alcohol and cannabis, or alcohol and a tranquillizer, or alcohol and a barbituate.

• 1015

**Ms Copps:** Do you have a gender breakdown on that? Because that figure actually surprised me. I think it is the first time we have heard that the poly-drug use is as high as 55%.

**Mr. Burke:** It is 50% for the men, 55% for the women. That is the last figure that we were able to get out of our stats.

**Ms Copps:** With regard to the training of physicians, have there been attempts made vis-à-vis the provincial colleges and the national—I guess it would be under MCC—to incorporate some of that into their testing programs or whatever? What have you done to get physicians more sensitized to getting down to the facts?

Secondly, in the area of drug abuse outside of alcohol, would you say that licit or illicit drug abuse is a greater problem? There is an article in *The Globe and Mail* today talking about Canada now being the Colombia of fake quaaludes, according to American officials, because of the availability of Diazepam. Diazepam is being mixed into pills that are being sold in the States and all over North America.

**Mr. Burke:** With regard to your question about the physicians, I know Saskatchewan has a program in the

## [Translation]

Je me demande si vous pourriez nous donner une idée. . . nous nous sentons limités parce que... comme vous l'avez dit, la prestation des services s'effectue au niveau provincial, et les fonds, s'ils proviennent du gouvernement fédéral dans les programmes à frais partagés, sont répartis entre les provinces. Ce Comité a été réuni pour tenter d'élaborer une solution fédérale à ce problème, et nous nous sentons limités parce que. . . A la dernière page de votre mémoire, vous mentionnez tous les aspects qu'il conviendrait de prendre en considération. S'il fallait se fixer une priorité, quelle devrait-elle être? Devrait-on s'attaquer en tout premier lieu à l'alcoolisme?

**M. Burke:** C'est certainement le problème le plus grave; et malheureusement—et cela fait bientôt 16 ans que je travaille dans ce domaine, ce qui représente une période assez longue—nous avons changé plusieurs fois de stratégie. A la fin des années 60 et au début des années 70, nous nous sommes attaqués aux drogues, parce qu'elles venaient d'arriver, une arrivée retentissante. Il y avait tout un univers des drogues, la pathologie. . . personne ne savait rien. . . on pouvait vous raconter n'importe quoi, et il fallait le croire, parce que l'on ne savait pas si cela était vrai ou non, et on ne pouvait dire que ce n'était pas vrai. Nous nous sommes alors aperçus que l'alcool constituait un problème. Nous nous sommes attaqués à l'alcool et nous avons oublié les drogues. Mais en fait, il faut s'attaquer aux deux, bien entendu. Comme je l'ai dit, 55 p. 100 des personnes qui viennent se faire traiter consomment de l'alcool et du cannabis, ou de l'alcool et un tranquillisant, ou de l'alcool et un barbiturique.

**Mme Copps:** Avez-vous une répartition selon le sexe de cette consommation? Parce que ce chiffre me surprend vraiment. Je pense que c'est la première fois qu'on nous a déclaré que la polyintoxication représente un pourcentage aussi élevé que 55 p. 100.

**M. Burke:** Il est de 50 p. 100 pour les hommes et de 55 p. 100 pour les femmes. C'est le chiffre le plus récent que nous ayons obtenu à partir de nos données statistiques.

**Mme Copps:** Au sujet de la formation des médecins, a-t-on tenté d'amener les collèges des provinces, et au niveau national—ce devrait être le CCM—à introduire l'étude de ces problèmes dans leurs programmes ou examens? Qu'avez-vous fait pour sensibiliser les médecins à la nécessité d'adopter une attitude réaliste face à ces problèmes?

Deuxièmement, pour ce qui est de l'abus des drogues, sans parler de l'alcool, quel est le problème le plus aigu, celui de l'abus des drogues licites ou illicites? J'ai lu un article du *Globe and Mail* d'aujourd'hui qui parle du fait que le Canada est devenu la Colombie des faux quaaludes, d'après les autorités américaines, en raison de l'abondance du diazépam. Le diazépam est placé dans des pilules qui sont vendues aux États-Unis et dans toute l'Amérique du Nord.

**M. Burke:** Pour ce qui est de votre question concernant les médecins, je sais qu'il existe en Saskatchewan un



[Texte]

university there. I know Ontario, through the Addiction Research Foundation, has some work being done at the university. We have been—a couple of us—teaching at the Dalhousie Medical School for many, many years.

But we find it is fragmented—it is a piece here and it is a piece there. This year at Halifax and at Dalhousie, we are trying to develop a program proposal where we will have a full sort of program just for addictions. But the students in medicine these days are so loaded with work that they will never cover all the material they have to cover or should cover in the time that they have.

They are even getting into a clerkship now in third year. They used to wait until fourth year. At home they are going right into clerkship in third year, so that cuts down the class time. But that is not bad, because you do not need a lot of didactic stuff. You need the hands-on opportunity.

As to licit versus illicit, I think, depending on what part of the country you are in, you can take your pick. Certainly, in certain parts of the country, illicit drug use and abuse is very great, greater than other places. For instance, in Nova Scotia we have very little heroin if any. At any one point probably about 120, 150 people are using opiates. But most of those opiates come out of doctors' offices. They are the synthetic opiates like Percodan and Percoset, and Demerol, etc.

**Ms Copps:** This is something that would have to be done provincially, but there was a suggestion by another witness that to fight the problem of double-doctoring, or people's getting multiple prescriptions, they should have a numbered prescription system. Presumably, that would allow provincial drug plans and, I guess, some kind of cross-referencing system. Is that impractical?

**Mr. Burke:** You have to see how these people who double-doctor work. They each go out with three and four identity cards. They get in a car, three or four of them, and they can cover a province in two or three days. They just clean the offices.

A gal who was once picked up by the RCMP in the valley in Nova Scotia had a grid set up with 100 doctors' names. She had cleaned New Brunswick. She had the doctor's name, the day she had visited, the diagnosis she had offered him, what he had done, what he had given her, and when she was due back. She got trapped because she gave someone a script from a doctor in Halifax for Leritine, and the doctor had not issued a script for Leritine for 25 years. So when the pharmacist called, the doctor told him to call the Mounties. That is how she got picked up; but they are pretty sharp.

[Traduction]

programme offert à l'université. Je sais qu'en Ontario, certains travaux sont effectués à l'université par le biais de l'*Addiction Research Foundation*. Certains d'entre nous enseignent à la faculté de médecine de Dalhousie depuis de nombreuses années.

Mais il s'agit de mesures fragmentaires, très fragmentaires. Cette année, nous essayons de mettre sur pied à Halifax et à Dalhousie un projet de programme qui porterait uniquement sur la dépendance à l'égard des drogues. Mais de nos jours, les étudiants en médecine sont tellement surchargés de travail qu'ils n'arrivent pas à absorber les connaissances qu'ils devraient acquérir au cours de leurs études.

Ils font même leur internat en troisième année. Avant, ils le faisaient en quatrième année. En Nouvelle-Écosse, ils commencent leur internat en troisième année, ce qui réduit d'autant les cours magistraux auxquels ils peuvent assister. Mais cela n'est pas très grave, parce que ce ne sont pas les connaissances théoriques qui sont le plus importantes. Ce sont les connaissances pratiques.

Pour ce qui est des drogues licites et illicites, je pense que cela dépend de la région. Il est vrai que dans certaines régions, il y a une consommation et un abus des drogues illicites qui sont plus forts que dans d'autres régions. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, il y a très peu d'héroïne. Il est probable qu'il n'y a pas plus de 120 à 150 personnes qui utilisent des opiacés. Mais la plupart de ces opiacés proviennent des bureaux de médecins. Il s'agit d'opiacés synthétiques, comme le percodan, le percose et le demerol, etc.

**Mme Copps:** Il s'agit d'un problème qui appelle une solution provinciale, mais un autre témoin a proposé l'adoption d'un système d'ordonnances numérotées pour combattre le problème des consultations multiples, ou de l'obtention d'ordonnances multiples. On pourrait ainsi mettre sur pied des régimes provinciaux de remboursement des médicaments, et peut-être un système de contrôle. Cela serait-il faisable?

**M. Burke:** Il faudrait voir travailler ces personnes qui font des consultations multiples. Ils se procurent chacun trois ou quatre cartes d'identité. Ils se mettent à trois ou quatre dans une voiture et ils peuvent ratisser une province en deux ou trois jours. Ils réussissent à vider les bureaux des médecins.

La GRC a arrêté une fille, en Nouvelle-Écosse, qui avait en sa possession une liste contenant 100 noms de médecins. Elle avait ratisé tout le Nouveau-Brunswick. Elle avait le nom du médecin, le jour de la visite, un symptôme qu'elle avait mentionné, les examens effectués, le médicament prescrit et le jour de sa prochaine visite. Elle s'est fait arrêter parce qu'elle avait donné à quelqu'un une ordonnance d'un médecin d'Halifax dans laquelle il prescrivait du leritine, et ce médecin n'avait pas prescrit de leritine depuis 25 ans. Lorsque le pharmacien l'a appelé, le médecin lui a dit d'appeler la GRC. C'est comme ça qu'elle s'est fait arrêter; mais ils sont très adroits.

[Text]

One of the things they want to do, I think, is set up a list, but because of the Freedom of Information Act, and acts like that, you cannot do that, unless people have actually been convicted and therefore it is public. You cannot just put somebody's name down—that so-and-so came to see me and I think she is in trouble, because she is asking for this drug and that drug.

• 1020

**The Vice-Chairman:** Thanks, Ms Copps. Mr. Gagnon.

**Mr. Gagnon:** Thank you, Mr. Chairman. Are we facing a growing problem, or is it a problem that has been with us but we have just turned the spotlight on it?

**Mr. Burke:** Chemical substance abuse has been around a long time. Nova Scotia has two acts going back to 1920. I believe Manitoba has a similar act, it copied the Nova Scotia act. One of them is called the *Inebriates Guardianship Act*. It goes back to 1920 and it is an interesting act because it identifies an inebriate as anyone who has a reputation among his neighbours as being one, which is a heck of a way to open an act. And we also have the *Narcotics Drug Addicts Act*, going back to 1920.

So the problem has been around. It has expanded, of course, with the onset of the chemical drugs like LSD, etc., in the 1960s and then the 1970s. Alcoholism has been a problem for a long time. We just have not paid a heck of a lot of attention to it. We have always looked at the drunk as the guy who is in the gutter rather than who is our neighbour and who is our friend, our father, our mother, whoever. We have rejected that as a possibility. It is only the guy in the gutter, and he or she in fact only represents 2% or 3% of our population.

**Mr. Gagnon:** Excuse me, 2% or 3% of the—

**Mr. Burke:** Of the treatment population, sure. There are much more middle class, certainly working class, depending on where you are working or living, but there are certainly more middle class than there are in the street.

**Mr. Gagnon:** I guess I am still a little lost. You are talking about 50,000 people who are users today. Would that have been the same percentage in 1940 and in 1920?

**Mr. Burke:** Probably, yes. Certainly, we have always had a history with our coastline of something or other coming through. Now it is cannabis; before it was booze in crates. So there has always been that problem.

[Translation]

Ce qu'ils veulent, je pense, c'est confectionner une liste, mais à cause de la Loi sur l'accès à l'information et des lois du genre, il n'est pas possible de le faire, à moins que ces personnes n'aient été déclarées coupables, ce renseignement étant alors de nature publique. Il n'est pas possible de prendre le nom d'une personne en indiquant qu'elle est venue voir un médecin et que celui-ci pense qu'elle commet une infraction parce qu'elle demande un médicament en particulier.

**Le vice-président:** Merci, madame Copps. Monsieur Gagnon.

**M. Gagnon:** Merci, monsieur le président. Sommes-nous en présence d'un problème en voie de généralisation, ou est-ce tout simplement un problème qui existe déjà depuis longtemps, mais qui commence seulement à attirer l'attention?

**M. Burke:** L'abus des substances chimiques n'est pas un phénomène nouveau. La Nouvelle-Écosse dispose de deux lois qui remontent à 1920. Je crois que le Manitoba s'est doté d'une loi analogue, imitée de celle de la Nouvelle-Écosse. L'une de ces lois s'appelle l'*Inebriates Guardianship Act*. Elle remonte à 1920 et est fort intéressante, parce qu'elle définit comme alcoolique quiconque a cette réputation auprès de ses voisins, ce qui est une drôle de façon de commencer une loi. Nous avons également la *Narcotics Drug Addicts Act*, adoptée en 1920.

Le problème ne date donc pas d'hier. Il s'est répandu, naturellement, avec l'arrivée sur le marché de drogues chimiques comme le LSD, etc., dans les années 60 et tout au long des années 70. Mais l'alcoolisme fait des ravages depuis fort longtemps. On a tout simplement préféré fermer les yeux. Pour nous, l'ivrogne, c'est le clochard qui mendie dans les rues plutôt que notre voisin ou notre ami, notre père, notre mère, ou autres. Nous refusons de regarder cette réalité en face. Il est plus facile de jeter l'anathème sur le rosbif, qui, en fait, ne représente que 2 p. 100 ou 3 p. 100 de notre population.

**M. Gagnon:** Excusez-moi, vous dites 2 p. 100 ou 3 p. 100 de... .

**M. Burke:** De la population en traitement, naturellement. Cette population comporte beaucoup plus de gens de la classe moyenne, et encore davantage de la classe ouvrière, suivant les milieux ou les lieux de travail. Il n'en reste pas moins que les alcooliques de la classe moyenne sont plus nombreux que les clochards de la rue.

**M. Gagnon:** Je suis encore un peu perdu. Vous avez évoqué le chiffre de 50,000 personnes faisant usage de drogues. Diriez-vous que le pourcentage était proportionnellement le même en 1940 et en 1920?

**M. Burke:** Oui, probablement. Notre côte a toujours été le théâtre d'un trafic clandestin quelconque. Aujourd'hui, c'est le chanvre; hier, c'était les caisses d'alcool. Le problème a toujours existé.



[Texte]

Let me try to take a moment, if I can, to distinguish for you between what we now call the alcohol dependence syndrome and an alcohol-related disability. We use the term "alcoholic" much too freely, I suppose, because we figure anybody who is in trouble with alcohol is an alcoholic, even if he got drunk last night for the first time.

What World Health has said is that in fact there is a broad spectrum and at the far end is a thing called an alcohol dependence syndrome. That is what you would call alcoholism or being an alcoholic. You are dependant upon the substance, you will go into withdrawal when it is taken away, you are building tolerance, you need more to get as much of a jag out of it. And that is also an alcohol-related disability, of course, but it is the end stage. But long before you even get to that alcohol dependence syndrome, there are a whole load of things called alcohol-related disabilities, and the majority of our population have alcohol-related disabilities and not alcoholism necessarily.

Now, what is a disability? A guy gets his pay and blows it. That is it. He blows it in one day. A guy gets his pay and goes home and smashes up the wife and the kids; that is an alcohol-related disability. Somebody gets to drinking and they get behind the wheel of a car; that is an alcohol-related disability. We can go on and on and on. All these behaviours and acts, which may not necessarily mean you are an alcoholic—you may be moving in that direction of course—but there are many, many, many, more maybe 90% of the population in trouble—and I think they are all in trouble—are really going through these various disabilities.

You say: Oh, he is not an alcoholic, he is just a problem drinker. Or, he is fine, he does not get drunk but once a month. Then he goes for four days. You know, the binge drinker. So there are many different kinds of alcohol-related disabilities long before someone becomes an alcoholic or an alcohol dependence syndrome type person where there is organic change and pathological breakdown of systems in the body, etc.

When we talk about the 50,000, I would suppose that 15,000 or 16,000 would be alcoholics. The rest would be people with alcohol-related disabilities. But they smash up cars, they smash up people, they smash up themselves, property damage, they can be pedestrians, they get into boats when they drink. During the summer, 30% of the drownings come from people who have had too much booze, and the Red Cross will give you figures of the blood alcohol levels of the cadavers that are taken out of the water. You see it over and over again. These are not

[Traduction]

Permettez-moi de prendre un moment pour vous expliquer la distinction que nous faisons maintenant entre le syndrome de la dépendance alcoolique et une incapacité liée à l'alcool. Nous utilisons le terme d'«alcoolique» beaucoup trop librement, j'imagine, parce que nous pensons que quiconque est un peu porté sur l'alcool est un alcoolique, même si cette personne s'est enivrée hier soir pour la première fois.

Pour l'Organisation mondiale de la santé, il s'agit d'un phénomène continu, dont le degré ultime est le syndrome de la dépendance alcoolique. C'est à cette extrémité de l'échelle que l'on retrouve l'alcoolisme, ou l'alcoolique. Celui-ci dépend de la substance chimique et, privé d'alcool, il présente des symptômes de sevrage. L'accoutumance s'établit, et la consommation augmente pour obtenir le même effet. Mais il y a aussi l'incapacité liée à l'alcool qui peut prendre toutes les formes avant d'en arriver à la phase ultime du processus, le syndrome de la dépendance alcoolique. La plus grande partie de notre population souffre d'une incapacité liée à l'alcool, et non forcément d'alcoolisme comme tel.

Quelle est la définition d'incapacité? Prenons l'exemple de l'individu qui fait la bombe et flambe son salaire le jour de paye. Tout disparaît en une seule journée. Puis il y a l'individu qui touche sa paye, rentre à la maison, bat sa femme et ses enfants. Ces deux individus souffrent d'une incapacité liée à l'alcool. Prenons encore le cas de la personne qui prend un verre de trop et s'installe au volant de sa voiture pour rentrer chez elle. Voilà une autre incapacité liée à l'alcool. Tous ces comportements ou ces actions ne sont pas forcément le signe de l'alcoolisme—même si, bien souvent, ils y mènent directement—mais la très grande majorité, peut-être même plus de 90 p. 100, de la population qui éprouve des difficultés—je pense que tous ces gens éprouvent des difficultés—en est à un stade quelconque d'incapacité.

On entend souvent dire que tel ou tel n'est pas alcoolique, qu'il est tout simplement un gros buveur. Ou encore, que c'est un bon gars qui ne s'enivre qu'une fois par mois, pour ensuite se mettre à l'eau minérale pendant quatre jours: le noceur, en quelque sorte. On compte ainsi de nombreux degrés différents d'incapacité liée à l'alcool, bien avant que l'alcoolisme ne s'installe ou que le syndrome de dépendance alcoolique n'apparaisse, se manifestant par des modifications organiques et une dégradation pathologique des systèmes du corps, etc.

Sur la population de 50,000 personnes, je dirais que 15,000 ou 16,000 sont des alcooliques. Les autres connaissent une forme quelconque d'incapacité liée à l'alcool. Il n'en reste pas moins que ces personnes bousillent des voitures, écrasent des gens, se tuent elles-mêmes, causent des dommages à la propriété. Ou alors, ce sont des piétons, des personnes qui font du bateau en état d'ébriété. Pendant l'été, 30 p. 100 des noyés sont des personnes qui ont trop bu, et la Croix-Rouge pourrait vous donner des chiffres sur les niveaux d'alcool dans le



[Text]

necessarily all alcoholics, but they all have an alcohol-related disability, because it has put them in trouble.

• 1025

**The Vice-Chairman:** Mr. Burke, I hate to cut you off, but in a spirit of fairness for our witnesses from Alberta. . .

I want to thank Mr. Burke and ask him if he could stay on at least until 11 a.m. We would like to speak to you briefly about your invitation to go to Nova Scotia.

**Mr. Burke:** Certainly.

**The Vice-Chairman:** I would ask our other witnesses to join us, please—Mr. Greg Stevens and his colleague, Mr. Brian Kearns, from the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission are with us. We welcome you to Ottawa, gentlemen.

**Mr. Greg Stevens, MLA, Alberta (Chairman, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission):** Thank you, Mr. Chairman and members of the committee. I am very pleased to be able to be here today with Brian Kearns, the Executive Director of our program services for AADAC.

I have been chairman of the commission since last June. For me as a layman, my introduction to the work of the commission was a very informative and exciting time. I brought my political views, my experience as a member and former experience as a Cabinet member, to join the commission, to become part of the commission's work. It has been a tremendous opportunity for me, and to learn about the seriousness of our problems.

Mr. Chairman, you have a brief that we delivered to the clerk. In addition, we will be leaving with you, for each member, a package of material which I think will give you, if you have an opportunity to see the package later in your deliberations, some of the work the commission does, the statistics we have developed for these problems. What I would like to do is go through our brief and highlight the theme we would like to leave with this committee for your deliberations.

I will begin by saying there are many ways to view and approach drug problems. But the way many people take today is to view the current drug situation as a crisis. And that view is based on the fact that many recent events tend to be dramatic, or emotional, or sometimes tragic. And when such events happen, people may feel prompted to respond in an equally dramatic fashion.

And this crisis though, ironically—and I was listening very carefully to the questions members presented to the earlier witness—is happening at a time when consumption trends for virtually all of the popular psycho-active drugs—

[Translation]

sang des cadavres repêchés dans l'eau. Cela arrive tous les jours. Ce ne sont pas nécessairement des alcooliques, mais leur incapacité liée à l'alcool les a mis dans le pétrin.

**Le vice-président:** Monsieur Burke, je regrette de devoir vous interrompre, mais il faut donner leur chance à nos témoins de l'Alberta. . .

Je tiens à remercier M. Burke et à lui demander de demeurer avec nous au moins jusqu'à 11 heures. Nous aimerions en effet discuter avec vous pendant quelques instants au sujet de cette invitation en Nouvelle-Écosse.

**M. Burke:** Avec plaisir.

**Le vice-président:** Je demanderais à nos autres témoins de bien vouloir se joindre à nous—M. Greg Stevens et son collègue, M. Brian Kearns, de la *Alcohol and Drug Abuse Commission* de l'Alberta. Bienvenue à Ottawa, messieurs.

**M. Greg Stevens, député provincial de l'Alberta (président, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission):** Je remercie le président et les membres du Comité. Je suis heureux de cette occasion qui m'est offerte de vous entretenir aujourd'hui en compagnie de Brian Kearns, directeur général des services de notre commission.

Je suis président de l'AADAC depuis le mois de juin dernier. À titre de non-spécialiste, mon initiation aux travaux de la commission s'est révélée très enrichissante et passionnante. Ce que j'espère apporter à la commission, c'est mon point de vue d'homme politique, mon expérience en tant que membre de l'Assemblée législative et mon expérience d'ancien membre du Cabinet. Je considère que c'est une chance unique pour moi que de pouvoir me joindre à cette équipe et d'apprendre à connaître la gravité des problèmes.

Monsieur le président, nous avons remis notre mémoire à votre greffier. Nous laisserons en outre à chacun des membres une trousse de documents qui devrait vous permettre de vous faire une idée, si vous avez l'occasion de la parcourir, de certains des travaux de notre commission, des statistiques que nous avons dressées au sujet de ces problèmes. Je voudrais passer en revue notre mémoire, de façon à mettre en évidence le message que nous aimerions communiquer au Comité aux fins de ses délibérations.

Je dirai tout d'abord qu'il existe de nombreuses façons de considérer et d'aborder le problème des drogues. Pour bon nombre de gens, aujourd'hui, nous traversons actuellement une crise dans ce domaine. Ce point de vue s'appuie sur le fait que de nombreux événements récents se sont révélés dramatiques, hautement émotifs ou tragiques. Effrayés par de tels événements, les gens ont tendance à réagir de façon tout aussi irréfléchie.

Paradoxalement, en effet, cette crise—j'écoutais avec attention les questions que les membres ont posées aux témoins précédents—se manifeste à une époque où la consommation de pratiquement toutes les drogues psycho-

## [Texte]

alcohol, tobacco, marijuana, LSD—are actually on the decline. We have observed these trends in Alberta, and they have been confirmed by studies in other parts of the country. What we see then is very much a matter of where we look and how we choose to look at it; in other words, its focus and perspective. In talking about the drug crisis, we are taking a very narrow perspective, and we focus then on individual events of a highly dramatic, emotionally charged, and often tragic character, and these then become crisis events.

I do not want to deny that there are pockets of acute drug problems in Canada, but they are, by and large, confined to particular locations and to sub-groups. But if we shift to a broader perspective, and we focus on the aggregate patterns of drug usage, we see a different picture. Taken as a whole, the illicit drug problem is nowhere near as large as commonly held, so we have to guard against focusing intensely on the high-profile illicit drugs to the point our attention is diverted from the problems arising from the use and the misuse of the entire range of psychoactive drugs, whether they are illicit substances, medications, alcohol, tobacco, caffeine.

In the commission's view there is a drug problem in this country, but it extends well beyond the range of illicit drugs that have currently captured our attention. We believe that these common socially accepted drugs should be at the centre of our concerns, as they create the most damage and they draw most heavily on our resources as individuals, as communities, as governments. We believe they should also be the nucleus of our discussions in this very important national forum on substance abuse.

• 1030

We have learned that alcohol and drug problems are not simple, isolated events. Research and experience indicate that to a significant degree, many of these problem behaviours are within the individual sphere of decision-making and control.

We firmly believe alcohol and drug abuse problems are amenable to intervention and prevention. The key point, from our commission's perspective, is the degree to which a person, an individual, possesses the capacity to respond flexibly to the inevitable stresses and demands of living. If we can find ways of dealing with that, of helping individuals, to possess the basic skills and the abilities of life management, then the individual is far more likely to make decisions in the most constructive, satisfying, and healthy way possible.

So our assumptions are that in developing a sound approach to managing your life, you need not become addicted to any drug, and you will avoid a lot of other unpleasantness. So we focus on a health promotion

## [Traduction]

actives, l'alcool, le tabac, la marijuana, le LSD, est en fait à la baisse. Nous avons observé cette tendance en Alberta, et elle a été confirmée par des études dans les autres parties du pays. Notre perception de la réalité est donc tributaire dans une large mesure du point de vue adopté ou choisi pour l'observer. Autrement dit, c'est d'abord une question d'optique ou de perspective. En parlant de crise des drogues, nous adoptons une perspective étroite et nous mettons l'accent sur des événements isolés de caractère spectaculaire, chargés d'émotion et souvent tragiques.

Je ne nie aucunement qu'il existe des foyers de problèmes de drogue aigus au Canada. Mais ils sont, dans l'ensemble, confinés à des lieux particuliers et à des groupes marginaux. Mais si nous adoptons une perspective plus large, pour essayer de discerner les structures globales de l'usage des drogues, c'est un tout autre tableau qui nous apparaît. Considéré dans son ensemble, le problème des drogues interdites est loin d'être aussi répandu qu'on ne le croit généralement, mais il faut faire attention de ne pas tomber dans le piège de se laisser accaparer par les histoires tapageuses d'usage de drogues illicites au point de négliger les problèmes découlant de l'utilisation et de l'abus de toute la gamme des drogues psycho-actives, qu'elles soient prohibées, ou qu'il s'agisse de médicaments, d'alcool, de tabac et de caféine.

De l'avis de notre commission, il existe effectivement un problème de drogue au Canada, mais celui-ci va bien au-delà des drogues illégales qui ont jusque-là mobilisé l'attention. Nous croyons que ce sont les drogues communes, acceptées socialement, qui devraient être au centre de nos préoccupations, car ce sont elles qui causent le plus de ravages et qui font payer le prix le plus cher aux particuliers, aux collectivités et aux pouvoirs publics. Nous croyons qu'elles devraient être au coeur de ce très important débat national sur l'abus des substances chimiques.

Nous avons appris que les problèmes liés à l'alcool et les drogues ne sont pas des manifestations simples et isolées. La recherche et l'expérience montrent que les troubles du comportement, à un degré non négligeable, touchent les individus eux-mêmes dans la prise de décisions et la maîtrise de soi.

Nous croyons profondément que l'abus de l'alcool et des drogues est un problème qui se prête aux interventions et à la prévention. L'élément essentiel, du point de vue de notre commission, est la capacité d'une personne ou d'un individu à réagir avec souplesse aux tensions inévitables et aux exigences de la vie courante. Si nous pouvons trouver des moyens de combattre ce mal, d'aider les personnes à acquérir l'aptitude ou la capacité à gérer leur vie, alors, chacun sera en mesure de prendre des décisions constructives, satisfaisantes et saines.

Notre action est donc fondée sur le postulat que, grâce à une saine attitude face à la gestion de sa propre vie, la personne se libérera de l'accoutumance aux drogues et s'évitera toutes sortes de désagréments. Notre démarche,



*[Text]*

approach. We focus on people, not on specific substances. We have adopted a health promotion approach which transcends the traditional focus on disease prevention to include the ideas of positive health. It is our belief that addiction prevention and treatment should not just examine the vulnerabilities of people, but we should enhance their capacity to anticipate, interpret, and control their environment.

Mr. Chairman and members, we would urge that a major part of the national prevention efforts be directed towards youth. As the potential drinkers of tomorrow, young people should be a primary target group today. We have demonstrated in our province that a sound philosophy and track record in support of dealing with prevention efforts within youth works.

In 1981 we launched what has proven to be a highly successful prevention program aimed at adolescents 12 to 17 years of age. In our kit you will find some of that material. It is our belief that we can best serve our youth by working with them, understanding their perspective and building on their strengths, rather than presuming to solve their problems. Their own strong needs for independence and competence are already pushing them in the right directions. Our challenge is to help them keep perspective in this sometimes confusing world, and to give them real opportunities to learn and to expand their considerable capabilities.

The current anxiety over drugs has helped to heighten awareness of the clear dangers and consequences of illicit drug use and abuse. There is much we can do to extend that awareness—I look to your committee in that area—and we can build on it in positive ways. There is a solid foundation for action already. Agencies across Canada are adopting a health promotion approach to their programs.

I think we have all come to realize that interdiction of drug supply and enforcement measures cannot be expected to reduce drug problems further by themselves. I believe you have had a presentation where in fact enforcement agency representatives have made that point as well. It is now clear that a demand reduction component is necessary to reduce consumer demand and need for these substances.

The commission recognizes and supports supply reduction initiatives. It is important that firm measures be in place to make life difficult for drug traffickers. But further investment of this kind will produce diminishing returns. Resources should therefore be directed towards the development of a full range of complementary

*[Translation]*

par conséquent, est axée sur la promotion de la santé. Nous mettons l'accent sur les gens, et non sur des substances particulières. Notre projet de promotion de la santé transcende la visée traditionnelle de prévention des maladies pour s'intéresser avant tout à l'épanouissement de la santé. Pour nous, la prévention de la dépendance et les traitements n'ont pas uniquement pour objet de remédier aux faiblesses des gens, mais également d'améliorer leur capacité de prévoir, interpréter et maîtriser leur environnement.

Je vous exhorte tous, monsieur le président et vous, les membres, à orienter la plus grande partie de nos efforts de prévention nationaux vers les jeunes. Comme ils sont en puissance les buveurs de demain, les jeunes devraient être notre principal groupe cible aujourd'hui. Nous avons fait la preuve dans notre province qu'en s'appuyant sur des principes solides et en assurant le suivi auprès des jeunes dans nos efforts de prévention, il était possible de marquer des progrès.

En 1981, nous avons lancé un programme de prévention destiné aux adolescents de 12 à 17 ans qui s'est révélé une réussite. Dans notre trousse, vous trouverez des documents à ce sujet. Nous croyons que pour aider la jeunesse, il faut travailler avec elle, comprendre son point de vue et miser sur ses points forts, plutôt que de prétendre régler ses problèmes. À vrai dire, le besoin d'indépendance qu'éprouvent les jeunes et leur désir de compétence les poussent déjà dans la bonne direction. Notre rôle consiste à les aider à ne pas se fourvoyer dans notre monde quelquefois confus et à leur donner la chance réelle d'apprendre et de développer leurs vastes aptitudes.

Les inquiétudes actuelles au sujet des drogues a éveillé une prise de conscience des dangers et des conséquences de l'utilisation et de l'abus des drogues illégales. Il est possible de faire encore plus pour favoriser cette prise de conscience—et votre Comité a certains rôles importants à jouer dans ce domaine—et nous pouvons déjà miser sur l'acquis. De solides fondations sont en place. Des organismes dans tout le Canada orientent leurs programmes vers la promotion de la santé.

Je pense que nous en sommes tous arrivés à la conclusion que l'interdiction des drogues et les sanctions sont insuffisantes en soi pour contenir les problèmes encore davantage. Sauf erreur, des porte-parole d'organismes d'application de la loi vous ont présenté ce même point de vue. Il semble désormais évident que c'est la demande elle-même qu'il faut réduire en modifiant les habitudes et en réorientant les besoins des consommateurs.

Notre commission reconnaît le bien-fondé des mesures de réduction de l'offre et les appuie sans réserve. Il est important de compliquer la vie des trafiquants de drogue. Mais nous en sommes arrivés à un point où la loi des rendements décroissants fait sentir ses effets. Il convient donc d'axer son action davantage en vue de la mise en



## [Texte]

demand reduction measures, which include prevention, education, and treatment initiatives.

I hope and I believe this will be an important component of the forthcoming national drug strategy, to be announced soon, I understand, by the Hon. Jake Epp. We are strongly supportive in AADAC of the development of a national drug strategy. We believe this is a unique opportunity in Canadian history to tackle the problems of addiction in a more concerted manner and on a truly national basis. The federal government and the Minister have played a critical leadership role in developing the structure of a national drug strategy, and the statements to date are most welcome and encouraging.

But it is essential that a national drug strategy be based on sound health promotion principles. It should be broad in scope, in order to address alcohol and tobacco issues and other drug concerns. This requires resources to address adequately treatment needs, education, and prevention initiatives, as well as support for community programs across our country.

Addiction represents one set of issues in the health field. In the Canadian arrangement, health matters fall within the provincial area of responsibility. But at the same time, the federal government can provide critical resources and play a very, and equally, important policy development role.

• 1035

There are many stakeholders. A true national drug strategy would have to be built on a solid foundation of federal-provincial consultation and co-operation. The provinces and territories want this to be a truly national and not just a federal drug strategy, thus it is vitally important for the federal government to recognize and, where possible, draw on the addiction expertise in our country, the infrastructure, wherever it exists, especially in the areas of primary prevention, research, evaluation and training.

In conclusion, we have a choice in the kind of perspective we take in attending to this serious alcohol and drug problem that faces Canadians. A broad national framework for action shows great promise to be more effective in addressing these problems than ever before. As we study the use of alcohol and other drugs, new ideas will evolve, some solutions may emerge. But one thing holds true, the key to effective prevention lies in how well you prepare yourself for life. There are no easy answers. Change takes time. But through a positive and integrated approach, we can help people achieve the level of physical and mental health that allows them to participate in life as fully as possible.

## [Traduction]

place de toute une gamme de mesures complémentaires de réduction de la demande, embrassant la prévention, l'éducation et les programmes de traitement.

J'espère et je crois que ce sera là une composante essentielle de la stratégie nationale de lutte contre les drogues qui sera annoncée bientôt, crois-je comprendre, par l'honorable Jake Epp. Notre commission est nettement en faveur de l'élaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les drogues. Nous croyons que nous vivons un moment privilégié dans l'histoire du Canada pour nous attaquer aux problèmes de la toxicomanie de façon concertée et à une échelle véritablement nationale. Le gouvernement fédéral et le ministre ont été les chefs de file de l'élaboration de cette stratégie nationale, et leurs déclarations jusqu'à présent nous apparaissent encourageantes et dignes de louanges.

Il n'en demeure pas moins essentiel que la stratégie nationale de lutte contre les drogues soit fondée sur des principes solides de promotion de la santé. Son champ d'application doit être le plus vaste possible afin d'englober l'alcool, le tabac et toutes les autres drogues. Les ressources déployées doivent, à cette fin, chercher à répondre aux besoins de traitement, d'éducation et de programmes de prévention, tout en venant en aide aux projets communautaires de toutes les régions du Canada.

La toxicomanie n'est qu'un aspect de la grande question de la santé. Dans les structures canadiennes, la santé relève de la compétence des provinces. Mais de son côté, le gouvernement fédéral peut apporter une contribution essentielle au moyen de ses ressources et jouer un rôle moteur extrêmement important sur le plan politique.

Les parties intéressées sont fort nombreuses. Une stratégie véritablement nationale de lutte contre les drogues doit s'appuyer sur les bases solides de la consultation et de la collaboration fédérale-provinciale. Les provinces et les territoires veulent avoir leur mot à dire dans cette stratégie qu'il serait vain de considérer comme purement fédérale. Il est crucial que le gouvernement fédéral reconnaisse ce fait et, dans la mesure du possible, fasse appel aux spécialistes de la toxicomanie de notre pays, à l'infrastructure en place, quand elle existe, notamment dans les domaines de la prévention, de la recherche, de l'évaluation et de la formation de base.

En conclusion, je rappellerai que nous avons le choix de la perspective à adopter dans la lutte contre le problème d'alcool et de drogues auquel sont confrontés les Canadiens. Une vaste structure nationale offre sans doute plus que jamais des possibilités d'action efficaces dans ce domaine. Avec la poursuite des études sur l'usage de l'alcool et des autres drogues, de nouvelles idées surgiront, de nouvelles solutions apparaîtront. Mais il est une vérité fondamentale qui ne changera pas: la clé d'une prévention efficace est la préparation à la vie. Il n'y a pas de solution facile. Par définition, l'évolution est un processus qui prend du temps. Mais grâce à une action positive et intégrée, nous pouvons aider les gens à atteindre un

[Text]

Thank you again, Mr. Chairman. We are pleased to answer any questions on which we may be able to help.

**The Vice-Chairman:** Thank you, Mr. Stevens. I will start with Dr. Halliday and then Mr. McCurdy; they are our most recent arrivals, to give them a chance.

**Mr. Halliday:** Mr. Chairman, I apologize for arriving late, and I apologize to Mr. Burke for having missed his presentation, which I had looked forward to.

Mr. Stevens, your presentation has been fascinating because you have succeeded in giving us a very comprehensive overview of your paper in a very succinct manner; it has been very useful.

You have obviously, along with members of the commission, given a lot of thought to this whole problem and you have some fresh ideas for us, I see today. Have you had an opportunity to do any kind of evaluation of your concepts in practice and the results of that? Do you have an ongoing evaluation study and, if you have any results, can you tell us what they are? If we are going to ask the government to spend money it will want to know if we have any evidence that money spent in that way will work.

**Mr. G. Stevens:** Dr. Halliday, I very much appreciate the question. I would like Mr. Kearns to give you some technical answers, but I can say this as chairman: we do evaluations constantly. Some of our evaluations involve young people in their homes or in their schools, with their parents' permission. We have facts and figures that show, for example, that in teenage consumption the age of experimentation is getting older, not by much, but it is getting higher, from 12.2 perhaps to 12.5 or 13 years of age. We know that the numbers of young children experimenting with alcohol and so on is declining; we have results that show this. Perhaps Brian could provide you specifics.

**Mr. Brian Kearns (Executive Director, Program Services, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission):** As a specific action of our new program focusing on youth in 1981, we established a benchmark study for evaluation purposes done by independent researchers and have continued that survey on a two-year cycle. So it has been done twice since.

We have measured not only the occasions and quantity of drinking and other drug use, we have also measured the amount of the population using these drugs. Overall, there has been a 7% reduction in teenage drinking in five years. It was 6% by 1983, and a further 2% by 1985. There has been a dramatic reduction of 10%, from 25% usage of marijuana to 15%. There has been a reduction of tobacco

[Translation]

niveau de santé physique et mentale qui leur permette de tirer profit le plus possible de tous les aspects de la vie.

Merci encore, monsieur le président. Nous nous ferons maintenant un plaisir d'essayer de répondre aux questions que vous pourriez avoir.

**Le vice-président:** Merci, monsieur Stevens. Je céderai d'abord la parole à M. Halliday, puis à M. McCurdy; nous donnons ainsi leur chance aux derniers arrivés.

**M. Halliday:** Monsieur le président, je m'excuse de mon retard et je m'excuse également auprès de M. Burke pour avoir manqué son exposé, que j'attendais pourtant avec impatience.

Monsieur Stevens, vos propos m'ont enthousiasmé parce que vous avez réussi à nous donner un aperçu extrêmement complet de votre mémoire en termes clairs et concis. Ils ne manqueront pas de nous être utiles.

De toute évidence, vous avez beaucoup réfléchi à toute cette question, de même que les autres membres de la commission, et vous nous avez communiqué de nouvelles idées à prendre en considération. Mais avez-vous eu l'occasion d'évaluer l'application de ces idées dans la pratique, d'en mesurer les résultats? Menez-vous actuellement une étude à ce sujet et, dans l'affirmative, pourriez-vous nous faire part de ces résultats? Pour que nous puissions demander au gouvernement de voter des crédits, il nous faut d'abord lui offrir la garantie que cet argent sera dépensé de façon efficace.

**M. G. Stevens:** Monsieur Halliday, ce genre de question me plaît. Je demanderai à M. Kearns de vous exposer les détails techniques, mais je puis vous dire en tant que président que nos évaluations sont permanentes. Certaines d'entre elles portent sur des jeunes à la maison ou à l'école, avec la permission des parents. Nous disposons de faits et de chiffres qui démontrent, par exemple, que dans les habitudes de consommation l'âge auquel les jeunes se livrent à des expérimentations est en train de grimper, non pas de façon spectaculaire, mais significative tout de même pour passer de 12,2 ans à peut-être 12,5 ou même 13 ans. Nous savons que le nombre de jeunes enfants à faire l'essai de l'alcool est à la baisse. Les résultats de nos études le montrent. Brian pourrait peut-être vous fournir des détails.

**M. Brian Kearns (directeur général des services, Alberta Alcohol And Drug Abuse Commission):** Dans le cadre de notre nouveau programme à l'intention des jeunes, mis sur pied en 1981, nous avons lancé une étude de référence à des fins d'évaluation dont la réalisation a été confiée à des chercheurs indépendants et qui s'est poursuivie sur une période de deux ans. Cette étude a été renouvelée deux fois depuis.

Nous avons mesuré la consommation des boissons alcooliques et d'autres drogues non seulement en fonction du nombre de fois et de la quantité, mais également en fonction du pourcentage de la population. Globalement, on a assisté à une réduction de 7 p. 100 du nombre de jeunes qui ont consommé des alcools au cours des cinq dernières années. Une première baisse de 6 p. 100 a été



[Texte]

use by these teens from 28% to 21% usage rate. There has been an increase in the onset of first use of drugs from 11.5 years of age to 12.5 years of age, which we consider to be very significant for the long-term impact.

Furthermore, there has been a much greater acceptance and understanding of the issues among youth and a readiness to deal with these issues in the way in which we have presented it to them as part of their ongoing developmental and behavioural comportment as they grow into being mature adults.

**Mr. Halliday:** Mr. Chairman, I wonder would there be more figures they might have in a paper that has been presented or developed. We could perhaps have a copy of that. It would be very helpful if we could have that.

**Mr. Kearns:** We would certainly be glad to do that, Mr. Chairman.

**Mr. Halliday:** One last question. Mr. Stevens. You very properly, I think, presented the case for health promotion rather than trying to treat the drug addicts if we can, and I certainly support that.

• 1040

You made an interesting comment, though, which I do not think you followed up on, in your proposals for promotion. You did make reference to the fact that the problem arises largely from the fact that people do not learn how to adapt themselves to the stresses of living. You make reference to that. This is getting at the very root of the whole problem, I think. I wonder if you could give us just a couple of comments on the fact that we, as governments, tend to think it is our responsibility to take away responsibility from people for their own social and economic problems. More and more the social net is telling people, you do not need to worry about anything, because we, the governments at all levels, will look after you if you have problems. I am wondering to what extent you think that is one of the precipitating factors, or one of the background problems in this whole issue. You did say you think people have to learn how to respond to the stresses of living. I do not think we are giving people an opportunity to do that, because we are telling them that governments will help out or do it for them.

**Mr. G. Stevens:** Probably very persuasive comments, Doctor. I support that view. I think we tend to do that, as political representatives. We tend to come out with solutions. When times were different—and in Alberta our economic situation is not very comfortable—we had a lot of money and we tended to provide solutions with money from government. But it really comes down to helping young people, helping mothers, fathers, families, to understand that they have a responsibility to help themselves. We need to give people the opportunity for

[Traduction]

constatée en 1983, puis une deuxième de 2 p. 100 en 1985. La consommation de marijuana a chuté de façon spectaculaire de 25 p. 100 à 15 p. 100, soit une baisse de 10 p. 100. L'usage du tabac a également régressé chez ces adolescents, passant de 28 p. 100 à un taux de 21 p. 100. L'âge de la première utilisation de drogue a été relevé de 11,5 ans à 12,5 ans, ce que nous jugeons très significatif pour les incidences à long terme.

En outre, on a pu constater une acceptation, une prise de conscience beaucoup plus aiguës chez les jeunes relativement à ces questions, de même qu'une nette volonté de les envisager dans l'optique où nous les leur avons présentées, à savoir comme une composante de leur développement psychique et comportemental, menant à la maturité de la vie adulte.

**M. Halliday:** Monsieur le président, serait-il possible de mettre la main sur les documents présentant tous ces chiffres bien concrètement. Ces travaux nous seraient sans aucun doute très utiles.

**M. Kearns:** Nous vous enverrons ces documents avec grand plaisir, monsieur le président.

**M. Halliday:** Une dernière question, monsieur Stevens. Vous vous êtes montré très convaincant dans votre plaidoyer en faveur de la promotion de la santé par opposition au seul programme de traitement des toxicomanes, et je suis tout à fait d'accord avec vous.

Vous avez par ailleurs une observation intéressante que vous n'avez pas développée lorsque vous parliez de promotion. Vous avez mentionné que le problème découle dans une large mesure du fait que les gens n'apprennent pas à s'adapter aux tensions de la vie. Vous n'avez qu'effleurer la question. Pourtant, elle est au cœur même du problème, à mon avis. Pourriez-vous nous dire ce que vous pensez des gouvernements qui semblent croire que leur responsabilité est de retirer à la population toute responsabilité à l'égard de leur propres problèmes sociaux et économiques. Tout se passe comme si nous disions aux gens que grâce à l'infrastructure sociale ils n'ont à se soucier de rien, que les gouvernements, à tous les niveaux, leur viendront en aide s'ils éprouvent des difficultés. Pensez-vous que ce soit là l'une des sources du problème, des facteurs d'origine. Vous avez affirmé qu'à votre avis les gens doivent apprendre à surmonter les tensions de la vie. Pour moi, j'ai l'impression qu'on empêche les gens de le faire en leur disant que les gouvernements leur viendront en aide ou le feront pour eux.

**M. G. Stevens:** Vos commentaires sont très pertinents, monsieur. Je suis d'accord avec vous. Nous avons effectivement tendance à agir ainsi, en tant que responsables politiques. Nous voulons offrir les solutions. A une autre époque—car aujourd'hui la situation économique de l'Alberta n'est pas si rose—nous avions beaucoup d'argent et nous voulions régler tous les problèmes avec cet argent du gouvernement. En fait, ce qu'il faudrait faire, c'est aider les jeunes, aider les mères, les pères, les familles à comprendre que leur première



## [Text]

developing self-actualization, recognizing problems; where do I turn for information; developing peer support programs in our schools; mobilizing our communities so that the Rotary Club, or whoever, will be part of the solution; so the private and the public sector together, the families, the churches, are mobilizing our communities, giving people an opportunity to do a better job for themselves.

May I make a comment? The myth of the skid row alcoholic is a myth. It is all of us. It is men and women and young and old. It is everybody who has this problem, or knows of a family member or an employee with this problem.

**Mr. McCurdy:** I really have to congratulate you on a presentation that puts what has been called "the drug epidemic" and "the drug crisis" into perspective, not only in the degree to which it constitutes a burgeoning present crisis of nation-wide proportions, but in pointing out that the real problems have to do with drugs that the vast majority of the population use, and some abuse. I think that is a very useful perspective.

On the comments of Dr. Halliday and the role of appropriate adaptations to stress, raising the issue of stress, and taking that as a context within which to regard the initiator of our crisis, Mr. Reagan, what we can conclude is that this is a nice, neat, pat answer: to identify a big crisis and attack the issue of crack and all of that, while disregarding the sources of stress in that jurisdiction; which after all, if you analyse it very carefully, really is far more the problem than the drugs themselves. In other words, if you attack some of the social problems in the United States in the urban centres, then crack probably would not be quite as big a problem.

Similarly, when we talk about providing the health promotion and stress coping and stress elimination possibilities to youth, we contribute to their growth free of drug addictions and other problems caused by the use of drugs. But it also points out, for youth in our country and those others who are much more likely to be subject to stress situations with which they cannot possibly cope, that it is also a part of the attack on addiction and the use of drugs in some components of our population, at least, to address the problems of employment and issues of that sort. Those are the problems that have produced so many thousands of young people... in our cities across the country—in Montreal, Toronto, Halifax, Vancouver—where there seems to be a synergism between unemployment, being on the street, and the use of drugs, citing in particular the kinds of situations some refugees find themselves in in Montreal, where it is alleged they have turned to the sale of drugs as a means of coping, and therefore contributing to the problem.

## [Translation]

responsabilité c'est de s'aider eux-mêmes. Nous devons donner aux gens la possibilité de se réaliser, de reconnaître le problème; de trouver eux-mêmes l'information; de mettre sur pied des programmes d'aide dans les écoles dirigés par les élèves eux-mêmes; de mobiliser les collectivités de manière à ce que le Club Rotary, par exemple, apporte son adhésion; de faire en sorte que les secteurs privé et public collaborent ensemble, avec les familles, les églises, les organisations communautaires afin que les gens se prennent eux-mêmes en main.

Me permettez-vous d'ajouter un commentaire? L'image de l'alcoolique des bas-fonds n'est qu'un mythe. L'alcoolisme est en chacun de nous. Il est chez les hommes et les femmes, les jeunes et les vieux. Tout le monde connaît ce problème ou côtoie un membre de sa famille ou un employé qui le vit.

**M. McCurdy:** Je dois vraiment vous féliciter car vous avez dans votre exposé ramené «l'épidémie des drogues» et «la crise des drogues» à leurs justes proportions, non seulement en dénonçant le sensationnalisme, mais surtout en montrant que le véritable problème est du côté des drogues que la vaste majorité de la population utilise, et dont certains abusent. Je pense que vous frappez juste.

Pour en revenir aux commentaires de M. Halliday sur la nécessité de l'adaptation au stress, il faut dire qu'un des grands responsables de la crise, M. Reagan, y a trouvé une échappatoire: crier au scandale et s'attaquer au «crack», etc., pour pouvoir mieux fermer les yeux sur les sources de tension dans ce pays, qui, après tout, si l'on va au fond des choses, constituent le véritable problème plutôt que les drogues elles-mêmes. Autrement dit, si on s'attaquait aux véritables problèmes sociaux dans les grands centres urbains des États-Unis, il est probable que le «crack» serait relégué à l'arrière-plan.

De la même manière, en militant en faveur de la santé, de la lutte contre le stress et les conditions favorables à sa suppression chez les jeunes, nous contribuons à combattre la toxicomanie et les autres problèmes causés par les drogues. Mais il faut voir que les tensions ne disparaîtront pas toutes seules, que bien des jeunes de notre pays subissent des contraintes qu'ils ne peuvent absolument pas maîtriser et que, pour combattre la toxicomanie et l'usage des drogues dans certains secteurs de notre population, à tout le moins, il importe parallèlement de régler les problèmes de chômage et les autres problèmes sociaux du même ordre. Ce sont là les problèmes qui ont fait que tant de milliers de jeunes gens dans toutes les grandes villes de notre pays—Montréal, Toronto, Halifax, Vancouver—vivent des problèmes insurmontables, car il se crée une sorte de synergie entre le chômage, la vie des rues et l'usage des drogues. Il n'est qu'à prendre l'exemple de la situation que vivent certains réfugiés actuellement à Montréal, qui les a contraints à se tourner vers la vente de drogues comme moyen de survie, contribuant du même coup à accroître le problème.

[Texte]

[Traduction]

• 1045

I have a couple of things that are not mentioned in your brief that perhaps might be useful, reacting with approval generally to what you have had to say about the description of the situation and solutions.

Mandatory drug testing has reared its head frequently in hearings of this committee, as well as the regulation of paraphernalia shops and paraphernalia. I do not ask this question about these two items because I want to put them in any improper perspective, but because there will be others asking you questions, and these are two that it occurs to me are not mentioned, and I would like to hear your comments about them.

**Mr. G. Stevens:** Mr. Chairman, Dr. McCurdy, I welcome President Reagan, or Nancy Reagan, or Prime Minister Brian Mulroney, or Mr. Ed Broadbent, or Mr. John Turner, or any leader, helping us with this focus, taking any position to help focus attention on the need to mobilize our resources. And so I welcome the opportunity this has given all of us to try to resolve this problem.

Mandatory drug testing may be very helpful and very important for some specific employers or situations. I am not qualified to say where those specific employers or situations would be. I think, though, if we concentrate on the issue of mandatory drug testing we divert ourselves; we take our focus away from the broad issues of alcohol abuse, tobacco, and other substances. I leave that to be fought wherever the arena is.

There may be a specific need for mandatory testing, but I do not see it, though, as a general solution. It is a tool for some employers. It may be necessary for safety.

Paraphernalia, I do not know how you are going to decide on what is paraphernalia and what is not. And yet I sympathize very much with the enforcement officers, the municipalities, the social agencies that are very much concerned about head shops and these places that are developing. But I do not know how you are going to stop people manufacturing and selling spoons, or whatever, so I would rather we concentrated on the problem and help people develop a health promotion approach.

**Mr. Gagnon:** Mr. Chairman, I am somewhat flabbergasted that this committee is looking at various drug abuses and we do not have a smoke-free environment, especially since one of our members is in her ninth month of pregnancy. I think we as Members of Parliament should at least have enough decency not to have drug abuse flaunted in this environment. Enough said about that.

J'aimerais également mentionner quelques faits qui sont passés sous silence dans votre mémoire et qui pourraient être utiles pour nuancer une description de la situation et les solutions possibles, que je juge par ailleurs tout à fait valables.

La question du dépistage des drogues obligatoire est revenue sur le tapis à plusieurs reprises lors des audiences du Comité, tout comme la réglementation des boutiques d'accessoires destinés aux consommateurs de drogues et à ces accessoires eux-mêmes. Je ne pose pas ces deux questions pour détourner le sujet du débat mais parce que d'autres vous les poseront, qu'elles n'ont pas été abordées et que j'aimerais entendre vos commentaires à leur sujet.

**M. G. Stevens:** Monsieur le président, monsieur McCurdy, j'invite le Président Reagan ou Nancy Reagan ou le Premier ministre Brian Mulroney, M. Ed Broadbent, M. John Turner ou tout autre dirigeant politique à nous aider, par une prise de position, à attirer l'attention sur la nécessité de mobiliser nos ressources. Je suis donc heureux de l'occasion qui a été offerte à chacun d'entre nous d'essayer de résoudre le problème.

Les tests de dépistage des drogues peuvent être très utiles et très importants pour certains employeurs ou dans certaines situations. Je ne suis pas compétent pour préciser qui sont ces employeurs ou quelles sont ces situations. Je pense, toutefois, que si nous nous laissons absorber par la question de dépistage obligatoire des drogues, nous passons à côté de l'essentiel. Nous perdons de vue la question plus générale de l'abus de l'alcool, du tabac et d'autres substances. C'est cette question qui est l'angle principal, à cerner sur tous les fronts.

Les tests obligatoires de dépistage des drogues répondent sans doute à un besoin particulier mais je n'y vois pas, personnellement, une solution générale. C'est là un instrument à la disposition de certains employeurs, pour assurer la sécurité.

Quant aux accessoires à l'intention des consommateurs de drogues, il est bien difficile de décider ce qui est un accessoire et ce qui ne l'est pas. Pourtant, j'ai beaucoup de sympathie pour les agents chargés d'appliquer les lois, les municipalités, les organismes sociaux qui s'inquiètent de la prolifération de ces boutiques têtes de pont. Mais je ne crois pas que l'on puisse arrêter les gens de fabriquer, de vendre des cuillers, ou des pipes, ou quoi que ce soit, de sorte que je préférerais que l'on concentre l'attention sur la nécessité d'orienter l'action vers la promotion de la santé.

**M. Gagnon:** Monsieur le président, je suis quelque peu stupéfait que le Comité débâte de l'abus des drogues sans se préoccuper de la fumée de cigarettes qui l'entoure, d'autant plus qu'un de nos membres en est à son neuvième mois de grossesse. Je pense qu'à titre de membres du Parlement nous devrions au moins avoir la décence de ne pas abuser de drogues dans notre propre environnement. Voilà.



[Text]

**The Vice-Chairman:** Are you suggesting that Mr. McCurdy butts out?

**Mr. Gagnon:** Yes.

**The Vice-Chairman:** Let the record show that he just did.

Mr. Gagnon, please.

**Mr. Gagnon:** Thank you.

Gentlemen, I think you have really gone to the heart of the issue: the the responsibility has to come down to the individual.

Have you in your research, Mr. Kearns, noticed the correlation between stress levels and suicides? I am talking specifically about, say, a wartime condition where the stress level is exceedingly high—you may be dead tomorrow type of thing.

**Mr. Kearns:** I do not think we have research focusing on that issue, and I think it would be wrong for me to introduce any specific response to that.

Our approach in prevention recognizes stress as a contextual item, but we do not focus on the elimination of the stress so much as we focus on people's varying capacities or incapacities to deal with it, recognizing that our focus must be on people, not necessarily on a specific substance or necessarily, because it is probably not possible, the elimination of all stress or various stresses in society.

• 1050

So our constant focus has to be towards identifying the strengths and the natural drives people have to succeed, and to support and assist that to the degree possible.

**Mr. Gagnon:** The literature I have seen shows that when stress is very large, the problem actually diminishes, because they have other things to worry about. If you look at the war years in London, when you did not know whether you were going to be blown up by a bomber or a V-1 bomb, and your loved ones were being taken away and killed. . .

It seems to me that the core is how to cope with it. Stress is a part of life, whether we look at the cavemen, or we have to worry about the sabre-toothed tiger, or, in today's world, whether you can get a job and how to cope with it.

Your conclusion talks about the level of physical and mental health. It seems to me that there is a correlation between looking after your physical health and not being an abuser. What are you doing to stress that type of—it is almost like the wise doctrine: mind, body, and spirit.

**Mr. G. Stevens:** I think, Mr. Chairman, whether it is nutritional development, strengths in nutritional planning. . . Obviously, someone coming into a detoxification centre has malnutrition. We are developing in occupational community health, under the Minister of

[Translation]

**Le vice-président:** Insinuez-vous que M. McCurdy devrait éteindre sa cigarette?

**M. Gagnon:** Oui.

**Le vice-président:** Qu'il soit consigné dans le procès verbal que voilà chose faite.

Monsieur Gagnon, s'il vous plaît.

**M. Gagnon:** Merci.

Messieurs, je pense que vous avez frappé à la bonne porte: la responsabilité doit en fin de compte revenir à l'individu.

Dans votre recherche, monsieur Kearns, avez-vous remarqué des corrélations entre les niveaux de stress et le suicide? Je pense en particulier à des situations, la guerre, par exemple, où le niveau de stress est extrêmement élevé, où on affronte la mort tous les jours.

**M. Kearns:** Je ne crois pas que nous ayons fait des recherches sur ce sujet particulier et je ne suis donc pas vraiment habilité à répondre à cette question.

Dans notre approche de la prévention, nous voyons dans le stress un élément contextuel, et nous cherchons moins à le supprimer qu'à étudier la capacité ou l'incapacité des gens à le maîtriser, car nous axons notre action sur les gens, et pas nécessairement sur les substances elles-mêmes ou, ce qui serait probablement impossible, sur la suppression de toutes les tensions qui existent dans notre société.

Notre préoccupation première doit toujours être de trouver les points forts et la volonté naturelle qu'ont les gens de réussir, afin de les aider le plus possible à en tirer profit.

**M. Gagnon:** Les articles que j'ai consultés montrent que plus le stress est important, moins il pose de problèmes, car les gens ont alors autre chose en tête. Il n'est qu'à penser aux années de guerre à Londres, alors que tout le monde était sur le qui-vive et pouvait à tout moment recevoir une bombe V-1 sur la tête, que chacun voyait ses êtres les plus chers se faire tuer et emporter. . .

A mon sens, le tout est de savoir le surmonter. Le stress fait partie de la vie et même les hommes des cavernes le connaissait, eux qui avaient à redouter les dents du tigre et c'est la même chose de nos jours où l'on doit se battre pour trouver un emploi et surmonter les difficultés.

Dans votre conclusion, vous avez parlé du niveau de santé physique et mentale. Il me semble qu'il existe une corrélation entre le fait de s'occuper de cette santé physique et de ne pas abuser des drogues. Au fond, il faut en revenir à la doctrine classique: un esprit sain dans un corps sain.

**M. G. Stevens:** Je crois, monsieur le président, que la question de l'alimentation, de la nutrition est importante. . . de toute évidence, la personne qui se présente dans un centre de désintoxication souffre de malnutrition. C'est pourquoi nous oeuvrons dans la



[Texte]

Occupational Community Health—AADAC reports a series of efforts aimed at community mobilization, health unit promotion, school development—activities to help try to promote choices other than sitting down in a bar.

**Mr. Gagnon:** Thank you.

**The Vice-Chairman:** Thank you, Mr. Gagnon. Ms Copps.

**Ms Copps:** Thank you, Mr. Chairman. I would just like to follow up very briefly on what Mr. McCurdy said regarding the perspective, without sort of bringing which leader said what into the thing. The problem that we are having as a committee, in bringing the drug problem into perspective, is that we have been spending an awful lot of time looking at the so-called illicit drugs—importation, crack, the fancy designer drugs. We are missing the forest for the trees, and alcohol is an example.

What we are trying to do as a committee is to maybe come up with some recommendations that are going to be achievable and applicable from the federal scene. In that regard, you do put a lot of focus on health promotion. I wonder if AADAC has access to any staging money, or if there have been requests made to the federal government for assistance with respect to health promotion projects that you may be involved with in Alberta. Or is that completely funded through the provincial government?

**Mr. G. Stevens:** Mr. Chairman, all of our funding is done provincially. Our commission's budget is approximately \$28 million from the province. We have not sought nor have we obtained any federal funding—unless there are some special programs, Brian, that we have... For example, Brian has just come back as Canada's representative to an international conference.

**Mr. Kearns:** Our efforts are fully provincially funded. The only area where the federal government assists us is through the cost-sharing arrangements of the ERDP, and they focus primarily on treatment rehabilitation efforts, although now the committee is considering ways to provide mechanisms for sharing in prevention promotion efforts. That is only under consideration.

**Ms Copps:** Under the ERDP program, is that not being reduced? If you are not sure, I will not ask you to—

**Mr. Kearns:** I cannot speak about it. We have received a significant portion.

**Ms Copps:** You have had some discussions then with the Federal Drug Strategy Committee about what they might be suggesting. My sense of it, and I could be completely

[Traduction]

domaine de la santé professionnelle et communautaire, sous la direction du ministre de la Santé. Notre commission publie des bulletins sur les initiatives qui sont prises pour mobiliser la collectivité, pour promouvoir les services de santé et pour animer les écoles—bref, nous prôtons des activités susceptibles de donner aux gens des choix autres que celui de s'asseoir dans un bar.

**M. Gagnon:** Merci.

**Le vice-président:** Merci, monsieur Gagnon. Madame Copps.

**Mme Copps:** Merci, monsieur le président. J'aimerais poursuivre brièvement le débat sur la question soulevée par M. McCurdy au sujet du problème ramené à ses justes proportions, sans cependant y mêler tel ou tel leader politique. Le problème auquel nous nous heurtons en tant que Comité, pour amener le problème des drogues à ses justes proportions, c'est que nous consacrons beaucoup trop de temps à examiner ce qu'on appelle les drogues illégales—leur importation, le crack, les drogues maisons. Le détail nous fait perdre la vue d'ensemble, et l'alcool en est un bon exemple.

Ce que nous devons faire comme Comité, c'est présenter des recommandations qui soient réalisables et applicables à l'échelon fédéral. Pour vous, la solution se trouve du côté de la promotion de la santé. Je me demande si votre commission reçoit des subventions fédérales, ou si elle a demandé l'aide du gouvernement fédéral pour l'aider à réaliser des projets de promotion de la santé en Saskatchewan. Au contraire, la Commission est-elle entièrement financée par le gouvernement provincial?

**M. G. Stevens:** Monsieur le président, tous nos crédits nous viennent de la province. Le budget de notre commission est d'environ 28 millions de dollars, et ce montant nous est accordé par la province. Nous n'avons ni demandé ni obtenu de fonds du gouvernement fédéral—du moins que je sache, à moins qu'il n'y ait des programmes spéciaux, Brian? Par exemple, Brian revient d'une conférence internationale où il représentait le Canada.

**M. Kearns:** Nos travaux sont entièrement financés par la province. Le gouvernement fédéral ne nous vient en aide que par l'intermédiaire des programmes à frais partagés de développement économique régional, axés surtout sur les traitements de désintoxication et de réadaptation, mais le Comité examine actuellement la possibilité de participer aux efforts de prévention. Ce genre de projet est seulement à l'étude pour l'instant.

**Mme Copps:** Les fonds du programme de développement économique régional ne font-ils pas l'objet de réductions actuellement? Mais vous ne connaissez peut-être pas la réponse... .

**M. Kearns:** Non, je ne suis pas au courant. Nous avons eu droit à des montants substantiels.

**Mme Copps:** Vous êtes donc entrés en pourparlers avec le Comité fédéral de stratégie de lutte contre les drogues pour voir ce qu'il pourrait vous offrir. D'après mes

[Text]

off the wall, is that their focus tends to be more on the illicit sort of drug side of things as opposed to licit drugs. You seem to know a little bit more about them than we do, and, since they will not come to the committee, maybe you could tell us.

**Mr. G. Stevens:** I would restate that that we believe... we hope that your committee will help the House of Commons, the Minister, re-emphasize the need for a federal-provincial resolution, a program that we will all work at together. The national strategy should be all of us working together on this. We think there are some initiatives that you can develop on behalf of all Canadians, working with the delivery agencies, the provinces. We hope there will be a national strategy, a national council perhaps, on alcohol and drugs to provide expert advice.

• 1055

We have given our recommendations as four western provinces, the addictions agency. We have had a meeting and concurred together that we hoped that the Minister may be able to develop it this way. But clearly, there needs to be a co-ordinated effort and consultation so we can work on these problems, because they are going to be with us.

**Ms Copps:** Have you, as a group of four provinces then, submitted those recommendations to this—

**Mr. G. Stevens:** We sent a telegram to the Minister last October, following the announcement of the intention to have a national drug strategy. I think Mr. Epp appreciated that suggestion.

**Ms Copps:** Would it be possible for this committee to have a copy of that also?

**Mr. G. Stevens:** I would be happy to give it to you.

**Ms Copps:** The reason I mention the health-promotion approach is because obviously there should be a strong focus nationally on health promotion, because that is an area that does fall under the jurisdiction of National Health and Welfare. Since you have not asked for any money, at this point you cannot really say it has not been granted to you.

In the telegram that you sent, did you deal with other things other than a national council?

**Mr. G. Stevens:** No. We basically just learned about the proposal and met and hoped that we would be consulted.

**Ms Copps:** Okay. Well, thank you very much for sharing your thoughts with us.

**The Vice-Chairman:** Thank you, Ms Copps. Mr. Stevens and Mr. Kearns, thank you very much for joining us. You

[Translation]

renseignements, mais je pourrais entièrement me tromper, l'action du Comité vise surtout les drogues illégales par opposition aux drogues légales. Mais vous semblez posséder plus d'informations que nous sur ce comité et, comme celui-ci ne participera pas à nos audiences, peut-être pourriez-vous nous en parler.

**M. G. Stevens:** Je ne peux que répéter que nous croyons, que nous espérons que votre Comité convaincra la Chambre des communes, le ministre, de la nécessité d'une action conjointe fédérale-provinciale, de la mise sur pied d'un programme auquel nous participerons tous. Comme stratégie nationale, nous devrions viser de travailler tout le monde ensemble. Nous croyons que vous pourriez prendre certaines initiatives au nom de tous les Canadiens, pour ensuite travailler en collaboration avec les organismes de prestation, les provinces. Nous espérons que cette stratégie nationale sera adoptée, qu'un conseil national, peut-être, sera établi pour fournir des avis de spécialistes sur l'alcool et les drogues.

Nous avons regroupé les recommandations des quatre provinces de l'Ouest, sous le nom d'agences de toxicomanie. Nous nous sommes réunis et nous avons tous convenu que nous espérons que le ministre soit en mesure d'adopter nos recommandations. Mais de toute évidence, il importe que nous adoptions des mesures coordonnées et que nous travaillions de concert pour régler ces problèmes, qui ne sont pas près de disparaître.

**Mme Copps:** Votre groupe de quatre provinces, alors, a-t-il présenté ces recommandations à notre... .

**M. G. Stevens:** Nous avons envoyé un télégramme au ministre en octobre dernier, après l'annonce relative à la stratégie nationale de lutte contre les drogues. Je pense que M. Epp a bien accueilli la suggestion.

**Mme Copps:** Serait-il possible que le Comité en reçoive aussi une copie?

**M. G. Stevens:** Je serai heureux de vous la faire parvenir.

**Mme Copps:** La raison pour laquelle j'ai abordé la question de la promotion de la santé, c'est que manifestement c'est là un domaine qui se prête à une action nationale, parce que c'est tout à fait dans les cordes du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Puisque jusqu'à présent vous n'avez pas demandé de fonds au gouvernement fédéral, on ne peut vraiment pas affirmer qu'il n'a pas voulu vous en accorder.

Dans le télégramme que vous avez envoyé, avez-vous abordé d'autres questions que celle du conseil national?

**M. G. Stevens:** Non. Nous venions de prendre connaissance de la proposition. Nous nous sommes alors rencontrés en espérant que nous serions consultés.

**Mme Copps:** Très bien. Bien, je vous remercie d'avoir bien voulu nous faire part de vos réflexions.

**Le vice-président:** Merci, madame Copps. Monsieur Stevens et monsieur Kearns, merci beaucoup d'être venus.

[Texte]

have given us good insights. Do you have something to show us there?

**Mr. G. Stevens:** We have left it for you and each of the members. It will be waiting for you.

**The Vice-Chairman:** Mr. Stevens, we may wish to bring you back some day to discuss the changes to the National Parks Act, since you are a former manager of the Banff Townsite.

**Mr. G. Stevens:** I would love to come. Thank you very much for the opportunity.

**The Vice-Chairman:** This meeting is adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

Vous nous avez présenté d'excellentes idées. Avez-vous quelque chose d'autre à nous montrer?

**M. G. Stevens:** Nous avons laissé ceci pour vous et pour chacun des membres. Vous n'aurez qu'à le prendre.

**Le vice-président:** Monsieur Stevens, il est possible que nous vous demandions de revenir un jour pour discuter des modifications à apporter à la Loi sur les parcs nationaux, puisque vous êtes un ancien directeur du Lotissement de Banff.

**M. G. Stevens:** J'en serais ravi. Merci beaucoup de cette occasion.

**Le vice-président:** La séance est levée.









*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

---

#### WITNESSES

*From the Nova Scotia Commission on Drug Dependency:*

Marvin Burke, Executive Director.

*From the Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:*

Greg Stevens, Chairman;

Brian Kearns, Executive Director, Program Services.

#### TÉMOINS

*De Nova Scotia Commission on Drug Dependency:*

Marvin Burke, directeur exécutif.

*De Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission:*

Greg Stevens, président;

Brian Kearns, directeur exécutif, Services de programmes.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 13

Tuesday, March 24, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 13

Le mardi 24 mars 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et Bien-être social

### RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse

### CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du Règlement, relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social relativement à l'étude de l'alcool et de l'abus des drogues

### WITNESSES:

(See back cover)

### TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament, 1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature, 1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MARCH 24, 1987  
(18)

## [Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:39 o'clock a.m., in Room 371 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the Alcohol and Drugs Program of British Columbia:* David Gilbert. *From the Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick:* Joseph E. McIntyre, Executive Director.

The Committee resumed consideration of its Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

David Gilbert made a statement and answered questions.

Joseph E. McIntyre made a statement and answered questions.

At 11:00 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE MARDI 24 MARS 1987  
(18)

## [Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 39, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Moe Mantha, Barry Turner.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De l'Alcohol and Drugs Program of British Columbia:* David Gilbert. *De l'Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick:* Joseph E. McIntyre, directeur exécutif.

En vertu des pouvoirs que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité examine de nouveau son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif de l'alcool et des drogues.

David Gilbert fait une déclaration et répond aux questions.

Joseph E. McIntyre fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell



## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Tuesday, March 24, 1987

• 0937

**The Chairman:** Order. We are here today under our order of reference pursuant to Standing Order 96(2), relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare in the study of alcohol and drug abuse. We are fortunate today in having two very well qualified witnesses. Our first will be Mr. David Gilbert, from the Alcohol and Drug Program of British Columbia. Those of you who have read, over the years, the journal issued by the Addiction Research Foundation of Ontario would realize that he is a standing contributor to that, and very provocative at some times, it would probably be fair to say.

Mr. Gilbert, we are pleased to have you here. We welcome you to present an opening statement, if you have one, and then we will have some questions.

• 0940

**Mr. D. Gilbert (Executive Director, Alcohol and Drug Programs, Ministry of Health, British Columbia):** Thank you, Mr. Chairman.

First of all, I would like to thank Dr. Halliday and members of the committee for inviting me to appear before you today. In times of economic restraint it is always a pleasure to receive an invitation to come to Ottawa and to share with our colleagues in the federal capital something of what is happening in the Province of British Columbia.

I will make my opening comments very short and will try to keep them to seven to ten minutes if that is agreeable with you, Mr. Chairman. I did circulate a brief overview statement to Patricia Russell before I came. I trust you have that in front of you because I would just like to allude to four points that appear in the overview statement.

The first has to do with the first two sentences in the statement, which allude to the size of the population that we are hoping to treat in the province of people who suffer from alcohol and drug-dependency problems. You will notice that our conservative estimate is that approximately 120,000 in B.C. abuse alcohol and/or drugs. Our treatment system of care provides services for approximately 22% of the population.

I would just refer you to page 4 of the statement, where we outline the system of care, the component parts of the system of care. Perhaps I could just give you a few more statistics, if I may, with regard to where the 24,000 or 25,000 people are treated.

Approximately 44%, or 11,000 patients, are seen in our outpatient counselling clinics. Approximately 36% are seen in our detox centres, approximately 9% in our residential treatment facilities, and approximately 10% in our supportive

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le mardi 24 mars 1987

**Le président:** A l'ordre. Nous nous réunissons conformément à notre ordre de renvoi en vertu de l'article 96(2) du Règlement pour l'étude du mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'usage abusif de l'alcool et des drogues. Nous avons la bonne fortune d'accueillir aujourd'hui deux témoins d'une très grande compétence. Le premier sera M. David Gilbert, du Programme de lutte contre l'alcoolisme et l'abus des drogues de la Colombie-Britannique. Ceux d'entre vous qui ont lu, au fil des ans, la revue de l'*Addiction Research Foundation of Ontario* savent qu'il en est un des collaborateurs fréquents. Il n'est probablement pas injuste de dire qu'il sait être parfois très provocateur.

Monsieur Gilbert, nous sommes heureux de vous accueillir. Nous vous invitons à présenter une déclaration d'ouverture, si vous en avez une, après quoi nous passerons aux questions.

**M. D. Gilbert (directeur général, Programmes relatifs à la consommation d'alcool et de drogues, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique):** Merci, monsieur le président.

Tout d'abord j'aimerais remercier le docteur Halliday et les membres du Comité de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. En période de contraintes budgétaires, il est toujours agréable de recevoir une invitation à venir à Ottawa pour échanger avec nos collègues de la capitale fédérale sur ce qui se passe en Colombie-Britannique.

Mes remarques d'ouverture seront très brèves. Je tâcherai de ne prendre que sept à dix minutes, si cela vous convient, monsieur le président. J'ai remis un bref aperçu général à Patricia Russell avant d'arriver. Je suppose que vous l'avez sous les yeux, car j'aimerais faire allusion à quatre points qui s'y trouvent.

Le premier concerne les deux premières phrases de la déclaration, où il est question de la taille de la population que nous espérons traiter dans la province, du nombre de personnes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de pharmacodépendance. Vous remarquerez que notre estimation conservatrice chiffre à environ 120,000 le nombre d'alcooliques et de toxicomanes en Colombie-Britannique. Nos services de traitement rejoignent environ 22 p. 100 de la population.

Vous voudrez bien vous reporter à la page 3 de l'aperçu général, où nous brossons un tableau du réseau de services, et de ses composantes. Je pourrai peut-être vous citer quelques autres statistiques, si vous me le permettez, sur les centres de traitement des 24,000 ou 25,000 patients.

Environ 44 p. 100 ou 11,000 d'entre eux sont traités en clinique de consultation externe. Quelque 36 p. 100 le sont dans nos centres de désintoxication, à peu près 9 p. 100 dans nos centres de traitement, et environ 10 p. 100 dans nos

[Texte]

recovery homes. I think that may give you some idea of the scope of the issue in B.C.

On page 2 of the mission statement which the program has developed over the last two years, I would just like to draw your attention to two rather salient points which we believe are very important in the delivery of treatment services for chemically-dependent persons.

The first point has to do with the very fundamental issue that services provided by the program respond to as wide a range of needs as possible through a network of services at the local, regional and provincial levels. We have believed for a number of years in British Columbia that services for people who are alcohol- and drug-dependent must be provided in their local communities in order that they can be responsive to local needs and local conditions. We felt it was extremely important in our statement of mission that this should be included.

The second point has to do with the last statement, which talks about the rationale for our mission statement, believing that many therapeutic approaches will work if they provide the individual with a sense of structure, self-determination and competence.

I think as a result of our history in the province, we certainly believe that treatment services should be made available to persons who really want to be treated. We went through a period of two or three years in B.C., before I became executive director of the program, where we tried to compulsorily treat patients who were addicted to heroin. Not only did the system fail abysmally, but on reflection we realized that one can do only so much; one can take a horse to water, but one really cannot make it drink.

I did circulate to you some pamphlets which outline, region by region, the services that we do provide in the province. I think I will just leave them without any further comment. They are quite self-explanatory. In addition to the pamphlets, I also left with you a copy of our substance abuse directory, which is being produced this year for the first time in co-operation with the Kaiser Substance Abuse Foundation. J. Edgar Kaiser, some two years ago, established the foundation with his wife, which focuses primarily on the prevention of substance abuse.

• 0945

This was his first contribution to the field in British Columbia. It contains a fairly comprehensive listing, not only of those programs which were provided by the provincial government but also those services which were provided by the federal government through the native program through National Health and Welfare, in addition to those programs which are provided and have been provided by industry through the employee assistance programs, and gives you some idea of some of the research that is being done in B.C. on the area of substance abuse. We are hoping this will be replicated in future years by the foundation, and you will note on the front page that it is in fact printed in co-operation with the Ministry of Health, of which the alcohol and drug program is a part.

[Traduction]

maisons de transition. Cela vous donnera une petite idée de l'ampleur du problème en Colombie-Britannique.

A la page 2 de l'énoncé de mission que le programme s'est donné depuis deux ans, j'attirerais votre attention sur deux points saillants qui nous paraissent extrêmement importants dans l'administration des services de traitement pour des personnes qui abusent des substances chimiques.

Le premier point, qui est très fondamental, est que les services assurés par le programme sont adaptés aux besoins le plus divers possible grâce à un réseau de services aux niveaux local, régional et provincial. Nous croyons depuis plusieurs années en Colombie-Britannique que les services destinés aux alcooliques et aux toxicomanes doivent être assurés localement pour pouvoir s'adapter aux besoins locaux et aux conditions locales. Nous avons jugé extrêmement important de faire figurer cela dans notre énoncé de mission.

Le deuxième point concerne la dernière déclaration, qui parle de la justification de notre énoncé de mission, selon laquelle une foule d'approches thérapeutiques donneront de bons résultats pourvu qu'elles donnent au sujet un sentiment de structure, d'autodétermination et de compétence.

Forts de notre histoire dans la province, nous sommes convaincus qu'il faut offrir des services de traitement aux personnes qui veulent vraiment être traitées. Pendant deux ou trois ans, en Colombie-Britannique, avant mon arrivée à la Direction du programme, nous avons tenté d'obliger les héroïnomanes à se soumettre à un traitement obligatoire. Le système a connu un échec total, et à la réflexion nous avons compris les limites qu'il faut accepter; on peut mener la bête à l'eau, mais on ne peut pas l'obliger à boire.

Je vous ai remis quelques dépliants qui présentent, région par région, les services que nous offrons dans la province. Je vous les laisse, sans ajouter de commentaires. Ils se passent d'explication. En plus des dépliants, je vous ai aussi remis un exemplaire de notre répertoire concernant l'usage abusif des substances, produit cette année pour la première fois en collaboration avec la *Kaiser Substance Abuse Foundation*. J. Edgar Kaiser a créé cette fondation avec sa femme il y a deux ans environ; la fondation s'intéresse essentiellement à la prévention de l'usage abusif des substances.

C'était sa première contribution dans le domaine en Colombie-Britannique. L'ouvrage renferme une liste assez détaillée, non seulement des programmes administrés par le gouvernement provincial, mais aussi des services assurés par le gouvernement fédéral par le biais du Programme des autochtones du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, en plus des programmes qu'offre l'industrie par le biais des programmes d'aide aux employés, et il donne un aperçu de la recherche qui se fait en Colombie-Britannique dans le domaine de l'usage abusif des substances. Nous espérons que la fondation reprendra cet ouvrage les autres années, et vous noterez, sur la page couverture, qu'il a de fait été produit en collaboration avec le ministère de la Santé, dont fait partie le Programme relatif à la consommation d'alcool et de drogues.



## [Text]

We have circulated the directory very widely throughout B.C. Some 5,000 copies have gone to each general practitioner in the province, to all the long-term care and nursing home facilities, to all the preventive programs funded through the public health division of the ministry, to all our mental health clinics, and to each of our hospitals, in order to improve the information flow to our colleagues in the broader medical profession.

I do allude on page 5 of my overview statement to two initiatives the provincial government has undertaken just very recently. One has to do with the task force on alcohol and drug abuse in the workplace, and I have an advertisement that appeared in the local media on Friday and Saturday of last week announcing to the general public in B.C. the establishment of the task force, with the locations the task force will be visiting between now and the end of May. I will leave this with your research staff, if I may.

I draw your attention to the bottom of the advertisement, because I think it is rather significant, that for the first time in British Columbia, and maybe the first time in Canada, we see here the full support given to this task force first of all by the government through the Ministry of Health, which is sponsoring the task force; secondly, the B.C. Federation of Labour, which is also fully supportive of this effort; thirdly, the Business Council of British Columbia; and fourthly, the Workers Compensation Board. I really think it is somewhat unique that we have managed to bring together four such diverse organizations in search of a solution to the problems of alcohol and drug abuse in the workplace.

The second major initiative is one that has only recently been undertaken through the general manager of the Liquor Control Board, and that is that a three-man commission has been established to look at liquor policy throughout B.C., under the chairmanship of Mr. Jansen, a member of the Legislative Assembly for the province.

I would also like to mention two or three other things that I think are significant the government has been involved in over the last two years. One is we did establish, in co-operation with the B.C. Medical Association, the B.C. College of Physicians and Surgeons, and the College of Pharmacists, a joint advisory committee to advise the Ministry of Health on the treatment uses of methadone. That committee met for eight or nine months and came forward with a series of recommendations which were implemented by the provincial government, but unfortunately we were not able to carry them through due to the federal legislation on the control of narcotics.

The second has to do with a second joint advisory committee, with the same partners, which is currently looking at the illicit use of pharmaceuticals in the province. We are hoping that committee will have its report to the chairman of the Medical Services Commission by the end of this year.

If I could look at some of the three or four items I alluded to here about what needs to be done at the federal and provincial levels, I would really emphasize the last point, which says we

## [Translation]

Le répertoire a eu une très large diffusion dans toute la Colombie-Britannique. Nous avons envoyé quelque 5,000 exemplaires aux omnipraticiens de la province, aux établissements pour malades chroniques et aux centres de soins, aux programmes de prévention financés par le biais de la Division de la santé publique du ministère, à nos cliniques de soins psychiatriques et à nos hôpitaux, pour mieux sensibiliser nos collègues de la profession médicale au sens large du mot.

À la page 4 de mon aperçu général, je mentionne deux initiatives pressantes du gouvernement provincial. L'une concerne le groupe de travail sur l'alcoolisme et l'abus des drogues dans le milieu de travail; j'ai fait paraître un message dans les médias locaux vendredi et samedi derniers pour annoncer au grand public de la Colombie-Britannique l'établissement du groupe de travail, ainsi que les endroits que visitera le groupe de travail d'ici la fin de mai. Je le remets à votre personnel de recherche, si vous me le permettez.

J'attire votre attention sur la partie inférieure du message, car j'estime que c'est assez important, où il est dit que pour la première fois en Colombie-Britannique, et peut-être au Canada, un groupe de travail a l'entier appui d'abord du gouvernement par l'entremise du ministère de la Santé, qui parraine le groupe de travail; ensuite, de la Fédération du travail de la Colombie-Britannique, qui nous appuie sans réserve dans notre effort; en troisième lieu, du *Business Council of British Columbia*; et quatrième, de la Commission des accidents du travail. Il est assez remarquable que nous ayons réussi à regrouper quatre organismes aussi divers pour tâcher de trouver une solution aux problèmes de l'usage abusif de l'alcool et des drogues dans le lieu de travail.

La deuxième grande initiative, très récente elle aussi, revient au directeur général de la Régie des alcools, qui a confié à une commission formée de trois personnes la tâche d'étudier la politique relative à l'alcool dans l'ensemble de la Colombie-Britannique, sous la présidence de M. Jansen, député à l'Assemblée législative de la province.

J'aimerais aussi mentionner deux ou trois autres points où l'intervention gouvernementale des deux dernières années m'apparaît importante. D'abord, nous avons créé, en collaboration avec la *B.C. Medical Association*, le Collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique, et le Collège des pharmaciens, un comité consultatif mixte qui a pour rôle de conseiller le ministère de la Santé sur les applications thérapeutiques de la méthadone. Ce comité s'est réuni pendant huit ou neuf mois avant de formuler une série de recommandations que le gouvernement provincial a adoptées, mais qu'il n'a malheureusement pas pu mettre en oeuvre en raison de la Loi fédérale sur le contrôle des narcotiques.

Ensuite, il y a un deuxième comité consultatif mixte, regroupant les mêmes partenaires, qui étudie présentement l'usage illicite des produits pharmaceutiques dans la province. Nous espérons que ce comité pourra remettre son rapport au président de la Commission des services médicaux d'ici la fin de l'année.

Si je pouvais évoquer certains des trois ou quatre points auxquels j'ai fait allusion sur ce qu'il faut faire aux niveaux fédéral et provincial, j'insisterais surtout sur le dernier, soit la



[Texte]

should ensure that the issue of substance abuse continues to be discussed as a bi-partisan issue, and that dialogue be encouraged between Members of Parliament and members of the legislative assemblies of the provinces and territories, to develop a national understanding of a national issue.

I firmly believe the approach to trying to do something about substance abuse in Canada has to be carried out co-operatively between the three levels of government, including our colleagues at municipal levels. And I would urge you, Mr. Chairman and members of the committee, to meet with your colleagues in the legislative assemblies, whether it be the governing caucus or the opposition caucus, in order that there can be a better understanding of the parameters of this treatable illness in Canada. We can do something about it, but it does require the co-operation of the three levels of government in order to bring all our resources to bear in trying to reduce the level of substance abuse in the country. I do urge you, Mr. Chairman, to do all that you can to ensure that the issue gets dealt with in a bipartisan way, stripped of emotion, if that is at all possible. When small interest groups introduce a great deal of emotion into this whole issue our efforts and our resources tend to be deterred from the goal which is, in fact, to reduce the incidence of substance abuse in Canada.

• 0950

I also believe that simply by establishing your committee and by passing the resolution that you have, you have shown considerable leadership at the political level to, if you like, bring this skeleton out of the cupboard. The whole area of substance abuse in Canada is shrouded with the concept of denial. We deny that substance abuse exists. We deny that people abuse both alcohol and drugs. It is very important, it seems to me, that the issue be brought out and dealt with in a public fashion in order that we can do something about reducing the incidence of chemical abuse amongst the population.

I have taken 12 minutes, I think, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Gilbert.

The Chair will recognize Mr. Turner first for 10 minutes and then Ms Cops.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman and welcome to our witnesses.

As you know, we have been hearing from different witnesses from different disciplines for the last couple of months, and a pretty serious picture is being painted of the degree of the drug problem and abuse of alcohol as well.

Vancouver has sometimes been called, rightly or wrongly, the San Francisco of Canada in terms of drug use, abuse, accessibility and all of that. Can you give us any idea, by quantifying the levels of increase of drug abuse, what drugs are being used more and more today than were being used four, five or six years ago?

[Traduction]

nécessité de nous assurer que la question de la toxicomanie continue à faire l'objet de discussions entre les deux partis, et qu'il faut encourager le dialogue entre les députés à la Chambre des communes et aux assemblées législatives des provinces et des territoires afin d'en arriver à une prise de position nationale sur une question qui intéresse l'ensemble du pays.

Je suis convaincu que la répression de la toxicomanie au Canada passe nécessairement par la collaboration entre les trois niveaux de gouvernement, y compris les municipalités. Et je vous inviterais, monsieur le président et membres du Comité, à vous réunir avec vos collègues des assemblées législatives, qu'ils soient du caucus gouvernemental ou du caucus de l'opposition, pour arriver à mieux comprendre les paramètres de cette maladie traitable au Canada. Nous y pouvons quelque chose, mais pas sans la collaboration des trois niveaux de gouvernement qui permettra de mobiliser toutes nos ressources en vue d'une réduction du niveau de toxicomanie au Canada. Je vous invite, monsieur le président, à faire tout en votre pouvoir pour vous assurer d'aborder la question dans un cadre bipartisan, dénué de toute émotion, si vous en avez la moindre possibilité. Lorsque de petits groupes d'intérêt injectent une grande émotion dans tout ce débat, nous risquons de perdre de vue, dans nos efforts et dans l'affectation de nos ressources, l'objectif fondamental qui est de réduire la fréquence de la toxicomanie au Canada.

La création même de votre Comité et l'adoption de la résolution traduisent une ferme volonté politique de vider la question, si vous voulez. Tout le problème de la toxicomanie au Canada est caché derrière notre refus de l'admettre. Nous nions l'existence de la toxicomanie. Nous nions qu'il y ait des gens qui abusent de l'alcool et des drogues. Il importe au plus haut point, me semble-t-il, de traiter publiquement de cette question afin d'arriver à réduire la fréquence de l'usage abusif des produits chimiques dans la population.

J'ai pris douze minutes, je pense, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Gilbert.

La présidence donne la parole à M. Turner, d'abord, pour dix minutes, puis à M<sup>me</sup> Cops.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président, et bienvenue à nos témoins.

Comme vous le savez, nous avons accueilli différents témoins venant de différentes disciplines depuis quelques mois, et nous commençons à avoir un tableau assez lugubre de l'étendue du problème des drogues ainsi que de l'usage abusif de l'alcool.

A tort ou à raison, on a parfois dit de Vancouver qu'elle était la San Francisco du Canada pour ce qui est de l'usage, de l'abus, de l'accessibilité et ainsi de suite des drogues. Pouvez-vous nous donner une idée, en quantifiant les niveaux de progression d'abus des drogues, de celles qui sont aujourd'hui plus répandues qu'il y a 4, 5 ou 6 ans?

## [Text]

**Mr. Gilbert:** I will try to do that. Part of our problem, I think, both provincially and nationally, is the difficulty of being able to quantify the area of substance abuse. We have no national data base, as you probably are aware, and our provincial data bases are somewhat skewed by the need, I suppose, to try to provide information that will in some sense justify funding for particular programs in the province.

However, there are some general things that I can say, which I believe are substantiated by quantifiable figures. Alcohol abuse continues to be the primary substance that is abused by people in British Columbia. You will notice from the first page of my overview statement that approximately between 83% and 86% of the population that we treat, we treat because of alcohol abuse.

We know from the experiences that we have had with treating heroin addicts that we have about 850 patients who are requiring methadone for the control of their heroin addiction. Although the figures that are collected by both the RCMP and the local police forces, I think, have to be treated with some scepticism, there are probably about 2,500 to 3,000 people abusing heroin in the province.

Recently a great deal of attention has been focused on the abuse of cocaine in the Vancouver community. But once again, it is extremely difficult to get any reading on exactly how many people are in fact abusing cocaine solely, as you will appreciate from the prevalent statistic that we have here. The problem that we have in determining the discreet use of various drugs is that most drug abusers these days are polydrug abusers. They will begin with one drug and go onto another and another, and then they will take the three drugs simultaneously.

So I am having difficulty answering your question simply because we do not have sufficient data and accurate data in order to answer that question. But one thing I can say is that alcohol is our primary drug of abuse, and continues to be our primary drug of abuse; and it is the one drug that is probably the easiest to treat in British Columbia.

• 0955

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You indicated in your brief as well that 40% of deaths of 14- to 25-year-olds in the province are alcohol related. I assume that is through accidents and suicides, or things of that nature, but it is alarming that it is that high. I wonder if some ways to overcome that might be through stricter enforcement, or perhaps raising the legal drinking age, increasing the price of alcohol, or limiting the access to it. What is your sense of how that might be managed?

**Mr. Gilbert:** These are some of the questions the Jansen committee are in fact posing to the communities in B.C. as they go around receiving evidence on the liquor review. The question of raising the drinking age is a very controversial one across Canada, and it is extremely controversial in British Columbia.

## [Translation]

**M. Gilbert:** Je vais essayer. Une partie de notre problème, tant au niveau provincial qu'à l'échelle nationale, est la difficulté de quantifier le domaine de la toxicomanie. Nous n'avons pas de base de données nationales, comme vous le savez probablement, et nos bases de données provinciales sont parfois biaisées par la nécessité, je suppose, de fournir une information qui permettra, en un sens, de justifier le financement de programmes particuliers dans la province.

Cependant, je puis affirmer certaines choses générales, que les chiffres concrets peuvent confirmer. L'alcool demeure la substance qui fait le plus l'objet d'abus en Colombie-Britannique. Vous remarquerez, à la première page de mon aperçu général, qu'entre 83 p. 100 et 86 p. 100 environ de la population que nous traitons souffrent d'alcoolisme.

À la lumière de l'expérience que nous avons du traitement d'héroïnomanes, nous savons qu'environ 850 de nos patients ont besoin de méthadone pour réprimer leur héroïnomanie. Même s'il faut prendre avec un certain grain de sel les chiffres réunis par la GRC et les sûretés locales, il y a probablement quelque 2,500 à 3,000 héroïnomanes dans la province.

Récemment, l'usage abusif de la cocaïne a attiré beaucoup d'attention dans la collectivité de Vancouver. Mais encore une fois, il est extrêmement difficile de se faire une idée juste du nombre de personnes qui abusent de la cocaïne seulement, comme vous pouvez l'imaginer à la lumière des statistiques d'utilisation que nous avons ici. Si nous avons de la difficulté à établir l'utilisation discrète des diverses drogues, c'est que la plupart des toxicomanes de nos jours sont des polytoxicomanes. Ils commencent par une drogue avant d'en adopter une autre et une autre, et ils finissent par prendre les trois en même temps.

Donc, j'ai de la difficulté à vous répondre, car nous n'avons pas de données suffisantes et exactes pour vous répondre. Mais je peux quand même dire que la drogue dont on abuse le plus a été et demeure l'alcool; et c'est celui qui est probablement le plus facile à traiter en Colombie-Britannique.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez également indiqué dans votre mémoire que 40 p. 100 des décès survenus chez les jeunes de 14 à 25 ans dans la province étaient liés à l'alcool. Je suppose qu'ils sont imputables à des accidents et à des suicides, ou à des choses de cette nature, mais c'est un niveau qui a de quoi inquiéter. Y aurait-il moyen de résoudre ce problème par une application plus rigoureuse de la loi, ou peut-être par un relèvement de l'âge de consommation, une majoration du prix de l'alcool, ou des restrictions d'accès? D'après vous, comment pourrait-on y parvenir?

**M. Gilbert:** Autant de questions que le Comité Jansen pose effectivement aux collectivités de la Colombie-Britannique à l'occasion de ses audiences. La question de relever l'âge de consommation est très controversée au Canada, et elle l'est encore plus en Colombie-Britannique.



[Texte]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** What is it in B.C.?**Mr. Gilbert:** It is 18. I am just proposing we raise it to 19 or 21. It is a very controversial area.

From our program's point of view—and we are a program within the Ministry of Health concerned with the treatment of persons who abuse substances—you can hit people over the head to a certain degree, but what we have to do is to improve the services directed towards the promotion of healthy lifestyles and the prevention of substance abuse. We have a counter-attack program we operate in conjunction with the Insurance Corporation of B.C., the Department of the Attorney General and the Ministry of Transportation and Highways, which zeros in, if you like, at particular times of the year to draw to the attention of the public the fact that people should not drink and drive; a very sensible program. The effectiveness of that program... it is very effective when the advertisements go on the television and the hype is up. But as soon as the hype is down, the figures start crawling back up again; which indicates to me, and I think to my colleagues in other ministries, that we really have to do far more in the area of prevention and education with young people in our schools and in our universities if over the long haul we are going to see some reduction in these figures we now see from the coroner's office.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Are there good and easily accessible and partly financed employee-assistance programs in various businesses in British Columbia that the Ministry of Health has some input in initiating or monitoring, or perhaps supporting in a financial way; within large businesses where alcoholism is a serious problem?

**Mr. Gilbert:** They are all listed in the substance-abuse directory. There are a large number of them. The ministry and its predecessors, the Alcohol and Drug Abuse Commission, and before that the Narcotic Addiction Foundation and the Alcohol Foundation, took a strong leadership role, and have taken a strong leadership role over the years, in promoting employee assistance programs in the workplace. Of course, the ones that are most effective are those where both union and management agree to promote employee assistance. Those that do not do very well, and those that sometimes fail, are those which are promoted either by the unions or by management as part of negotiations.

Certainly in the workplace, where business and labour can in fact co-operate on an issue where we do lose a great number of work days as a result of substance abuse, that is another area—another preventive area, if you like—we are very supportive of, and we do have staff who work very closely with industry and with labour in promoting employee assistance programs. Our own Government Employees' Union negotiated as part of the last collective agreement—we have 32,000 in the GEU in B.C.—in the contract, the right to establish an employee assistance program for our government employees. We have just recently offered the contract to a Vancouver agency to provide that service throughout the province for us.

[Traduction]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est quoi en Colombie-Britannique?**M. Gilbert:** Dix-huit ans. Je viens de proposer que nous le portions à 19 ou 21 ans. C'est une question très litigieuse.

Dans l'optique de notre programme—et nous sommes un programme au sein du ministère de la Santé chargé du traitement des personnes qui abusent des substances—on peut toujours taper sur la tête des gens, mais nous n'en devons pas moins améliorer les services axés sur la promotion d'un sain mode de vie et sur la prévention des toxicomanies. Nous administrons un programme de contre-attaque de concert avec l'*Insurance Corporation of B.C.*, le ministère du Solliciteur général et le ministère des Transports et de la Voirie qui, à certaines périodes de l'année, mobilise l'attention du public sur les méfaits de l'alcool au volant; c'est un très bon programme. L'efficacité de ce programme... il est très efficace lorsqu'il est annoncé à la télévision et qu'il fait beaucoup de bruit. Mais dès que la clameur s'apaise, les chiffres recommencent à monter lentement; pour moi et pour mes collègues des autres ministères, c'est la preuve qu'il faut faire encore beaucoup plus dans le domaine de la prévention et de l'éducation des jeunes dans nos écoles et nos universités si nous voulons, à long terme, constater une diminution des chiffres que nous voyons aujourd'hui au bureau du coroner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les entreprises de la Colombie-Britannique ont-elles de bons programmes d'aide aux employés, facilement accessibles et partiellement financés, que le ministère de la Santé aurait aidé à lancer ou auxquels il s'intéresse, ou encore auxquels il accorde un appui financier, dans les grandes entreprises où l'alcoolisme est un problème sérieux?

**M. Gilbert:** Ils figurent tous dans le répertoire des programmes de répression des toxicomanies. Ils sont très nombreux. Le ministère et ses prédécesseurs, l'*Alcohol and Drug Abuse Commission* et, avant cela, la *Narcotic Addiction Foundation* et l'*Alcohol Foundation*, ont joué un grand rôle d'animation au fil des ans, en matière de promotion des programmes d'aide aux employés au lieu de travail. Naturellement, les plus efficaces sont ceux qui ont l'appui conjoint des syndicats et du patronat. Ceux qui n'ont pas les mêmes succès, qui se soldent parfois par des échecs, sont ceux qui sont mis de l'avant par les syndicats ou par le patronat dans le cadre de négociations.

Certes, au lieu de travail, lorsque patrons et ouvriers peuvent effectivement collaborer ensemble à la solution d'un problème qui nous fait perdre un grand nombre de jours de travail à cause de l'abus des substances, c'est un autre domaine—un autre domaine de prévention, si vous voulez—auquel nous accordons notre appui sans réserve, et nous avons du personnel qui travaille en très étroite collaboration avec l'industrie et avec le monde du travail pour promouvoir les programmes d'aide aux employés. Notre propre syndicat de fonctionnaires a négocié, dans le cadre de la dernière convention collective—pour ses 32,000 employés en Colombie-Britannique—le droit d'établir un programme d'aide aux employés pour nos fonctionnaires. Nous venons tout juste d'offrir le contrat à une



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Was the Jansen commission looking at the issue of compulsory testing for people in certain positions of public health and safety within B.C.?

**Mr. Gilbert:** The issue of compulsory testing, I am sure, is an issue that will come up before the task force; the one on the workplace. I do not think it is one that is going to come up before the Jansen committee, but it is certainly one that will come up before the task force.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Would you care to give us your position on it?

• 1000

**Mr. Gilbert:** I would prefer not to comment on that. The reason for that is that we did go through a compulsory treatment program with heroin in the days of the commission, and from our experience, we really have some serious doubts about, as I say, whether you can force people to do things. You really have to get at that problem through public education and a prevention program.

**Ms Copps:** You were mentioning a problem you had with your methadone program. I wondered if you could elaborate on that. It tied in with the federal government. You were having some jurisdictional problems.

**Mr. Gilbert:** I may not be able to give a complete answer to this, Ms Copps, simply because my Minister and the Cabinet have at present the issue of the treatment uses of methadone before them for discussion.

The problem with the treatment uses of methadone is that the jurisdiction for authorizing physicians to prescribe methadone rests with the federal government under the Narcotic Control Act. But our experience just recently would clearly indicate to us that the discretion the Minister of National Health and Welfare has under the enforcement of the Narcotic Control Act is somewhat weakened by the wording of the regulations and the wording of the act. I must not speak for the Minister himself, but I believe there was a willingness on the part of the federal government in fact to be somewhat more supportive of the position British Columbia took on the better control and the co-ordination of treatment services through the use of methadone. But when push came to shove, unfortunately the legislation was not there to support the Minister in the actions we had asked him to take.

What we were trying to do in British Columbia at an operational level... and one has to look at the issue of methadone, I think, from two points of view, one from the policy and legislative angle, the other from the operations angle. What we were trying to do was to bring about some better control over how methadone is prescribed by physicians in the province. Some of the very disturbing issues that came to the joint advisory committee when we looked at the whole issue of the treatment uses of methadone had to do with the

[Translation]

agence de Vancouver qui assurera ce service pour notre compte dans l'ensemble de la province.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** La Commission Jansen s'intéressait-elle au problème des tests obligatoires pour les titulaires de certains postes dans le domaine de la santé et de la sécurité publiques en Colombie-Britannique?

**M. Gilbert:** Le problème des tests obligatoires, cela ne fait aucun doute, retiendra l'attention du groupe de travail; celui qui concerne le lieu de travail. Je ne pense pas qu'il en soit question au comité Jansen, mais le groupe de travail s'en saisira certainement.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pourriez-vous nous faire part de votre position sur ce problème?

**M. Gilbert:** Je préférerais pas. En effet, à l'époque de la Commission, nous avons appliqué un programme de traitement obligatoire dans le cas de l'héroïne. Forts de notre expérience, nous doutons sérieusement, je l'ai dit tantôt, qu'il soit possible d'obliger les gens à faire certaines choses. Il faut attaquer ce problème par la sensibilisation du public et un programme de prévention.

**Mme Copps:** Vous avez mentionné un problème avec votre programme de la méthadone. Pourriez-vous nous en dire plus long. Cela mettrait en cause le gouvernement fédéral. Vous aviez des problèmes de conflits de compétences.

**M. Gilbert:** Ma réponse ne sera peut-être pas complète, madame Copps, car mon ministre et le Cabinet sont présentement saisis du problème des applications thérapeutiques de la méthadone.

Le problème dans le cas des applications thérapeutiques de la méthadone vient de ce que la Loi sur les stupéfiants confie au gouvernement fédéral la responsabilité d'autoriser les médecins à prescrire cette substance. Mais notre expérience récente nous indique clairement que la formulation des règlements et la formulation de la loi affaiblissent quelque peu le pouvoir discrétionnaire qu'a le ministre de la Santé national et du Bien-être social en matière d'application de la Loi sur les stupéfiants. Je ne dois pas parler pour le ministre même, mais je crois que le gouvernement fédéral est en quelque sorte disposé à appuyer la position qu'a prise la Colombie-Britannique sur le resserrement du contrôle et la coordination des services de traitement par l'utilisation de la méthadone. Mais lorsque les choses se sont corsées, malheureusement nous n'avions pas le texte législatif nécessaire pour appuyer le ministre dans les initiatives que nous lui demandions de prendre.

En Colombie-Britannique, nous cherchions, au niveau opérationnel—et il faut envisager le problème de la méthadone, selon moi, sous deux angles, c'est-à-dire sous l'angle de la politique et de la loi, et sous l'angle des opérations. Nous voulions un meilleur contrôle des modes de prescription de la méthadone par les médecins de la province. Parmi les questions troublantes que le comité consultatif mixte a mises au jour en s'intéressant aux applications thérapeutiques de la méthadone, on peut citer le relâchement avec lequel les

[Texte]

rather lax way in which the protocols and guidelines established pursuant to the Narcotic Control Act were being put into effect by physicians in their offices. A great deal of methadone was getting onto the black market. The protocols were not being adhered to. We tried to do something about that. As a program, I am afraid we were not as successful as we would liked to have been.

**Ms Coppes:** In your statistics, you show that 26% of grade 7 students have used alcohol. How does this compare with other parts of the country? That seems like a very high figure to me.

**Mr. Gilbert:** It is a high figure. The figures were derived from a study carried out in Vancouver in 1980, I think it was, and we are just in the process of re-doing that survey not only in Vancouver but in fact province-wide. Yes, the figures are high.

**Ms Coppes:** You mentioned yourself at the beginning, and Mr. Turner alluded to the fact, that B.C. has been consistently above the national average in per capita alcohol consumption. Why is that?

I suppose if you knew, you would not be—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It is lotus-land.

**Mr. Gilbert:** It may be the fact that we are in lotus-land; I am not sure, Mr. Turner.

A very interesting paper was tabled with the 34th International Congress last year in Calgary. It showed a very direct relationship between consumption and price. When price goes down, consumption goes up; when consumption goes up, the incidence of alcohol abuse goes up. The researchers went back to 1954 and plotted the trend across Canada. It is very interesting, because the trend looks very much like a wine glass. The consumption rate is way up here and the price is way down here. Certainly I think the marketplace has a great deal to do. Simply establishing a price would in fact have a direct impact on consumption. As I say, this is one of the issues which the Jansen committee will be looking at and which the Minister of Finance, Mr. Couvelier, is also looking at because he has jurisdiction over the pricing policies of the government. I believe that he, too, is concerned about the relationship between price and consumption in British Columbia.

• 1005

**Ms Coppes:** Has British Columbia traditionally had cheaper alcohol?

**Mr. Gilbert:** No, I do not think so. My colleague, Mr. McIntyre, may be able to comment from his jurisdiction later on.

**Ms Coppes:** Okay, I will just get back to—

**Mr. Gilbert:** Who knows why people drink? It may be a function of slick advertising. It may be a function of brand hopping. I really do not know.

**Ms Coppes:** What percentage of your provincial health budget is devoted to alcohol or substance abuse programs? I realize you did not come with that today, but if it is possible I

[Traduction]

médecins appliquaient dans leurs bureaux les protocoles et directives établis en vertu de la Loi sur les stupéfiants. Une grande quantité de méthadone rejoignait le marché noir. Les protocoles n'étaient pas respectés. Nous avons tenté d'y voir. Notre programme, je le crains bien, n'a pas remporté tout le succès que nous aurions souhaité.

**Mme Coppes:** Selon vos statistiques, 26 p. 100 des élèves de septième ont déjà consommé de l'alcool. Qu'en est-il dans les autres régions du pays? Ce chiffre m'apparaît très élevé.

**M. Gilbert:** Il est élevé. Les chiffres sont tirés d'une étude réalisée à Vancouver en 1980, sauf erreur, et nous sommes justement en train de refaire cette enquête, non seulement à Vancouver, mais dans toute la province. Oui, les chiffres sont élevés.

**Mme Coppes:** Vous avez mentionné vous-même au début, et M. Turner y est revenu, que la Colombie-Britannique a toujours dépassé la moyenne nationale de consommation d'alcool par habitant. Pourquoi?

Si vous le saviez, je suppose, vous ne seriez pas . . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est le pays du lotus.

**M. Gilbert:** C'est peut-être bien le pays du lotus; je ne suis pas sûr, monsieur Turner.

Une communication fort intéressante a été déposée au 34<sup>e</sup> Congrès international l'an dernier à Calgary. Elle faisait ressortir un lien très direct entre la consommation et le prix. Lorsque le prix baisse, la consommation monte; lorsque la consommation monte, la fréquence des abus d'alcool suit. Les chercheurs sont remontés jusqu'en 1954 pour tracer la tendance nationale. C'est très intéressant, car la tendance ressemble beaucoup à un verre à vin. Le taux de consommation est tout en haut et le prix, tout en bas. Certes, le marché y est pour beaucoup. La simple fixation d'un prix aurait un effet direct sur la consommation. Comme je l'ai dit tantôt, c'est l'une des questions qu'étudiera le comité Jansen et qu'étudie aussi le ministre des Finances, M. Couvelier, car c'est lui qui est responsable des politiques de tarification du gouvernement. Il s'inquiète lui aussi de la relation entre le prix et la consommation en Colombie-Britannique.

**Mme Coppes:** La Colombie-Britannique a-t-elle traditionnellement de l'alcool meilleur marché?

**M. Gilbert:** Non, je ne pense pas. Mon collègue, M. McIntyre, pourra peut-être parler pour son organisme plus tard.

**Mme Coppes:** Très bien, je voudrais revenir à . . .

**M. Gilbert:** Qui sait pourquoi les gens boivent? Cela dépend peut-être d'une réclame habile. Cela dépend peut-être des diverses marques; je ne sais pas.

**Mme Coppes:** Quelle est la part de votre budget provincial de la santé qui est consacrée aux programmes relatifs à l'usage abusif de l'alcool ou des substances? Je sais bien que vous n'avez pas cela aujourd'hui, mais je ne détesterais pas exami-



## [Text]

would not mind looking at them, if you have the budget figures to table. That would be helpful to us.

**Mr. Gilbert:** It is a very difficult question to answer. The Addiction Research Foundation just last year published a paper on the economic effects of alcohol and substance abuse across Canada. One of the indices it looked at was the cost to the health care system of alcohol and drug abuse.

Our budget this year for alcohol and drug programs is about \$24 million approximately. The provincial health budget is somewhere in the region of \$2.9 billion. But when we look at the expenditure of health-care dollars on the treatment of alcohol and drug-dependent persons, you really have to also look at the amount of money that is spent by hospitals and by the insurance plan through general practitioner services, and both of those are extremely difficult to measure.

One of the projects that we have established just recently at the Royal Jubilee Hospital in Victoria is a ward team which comprises a senior internist, a social worker, a senior nurse and a clerk. The ward team will be located in the hospital and its primary function is, in fact, to get a much better handle on the number of patients who come into our general and regional hospitals who are admitted because of some other cause, other than alcohol abuse, but where the underlying cause is the abuse of alcohol. People are admitted because of cirrhosis of the liver, broken leg, or what have you.

Some very small pieces of research that have been done in various hospitals in the province indicate that anywhere between 29% and 40% of patients on the general medical wards of hospitals are there because of alcohol or drug-dependency. If you look at our hospital budgets and you think that between 25% and 35% of patients on general medical wards are there because they abuse alcohol, that is another huge, huge cost to the system. And we really have no idea how many people are being seen by general practitioners because of alcohol and drug abuse. I am sure that by the time we add it all up, it is going to be quite a large amount of money which will put my \$24 million as a very small mosquito on the side of the big elephant.

**Ms Copp:** Now that we have started hearing from the provinces, there is a message that is coming across to us. Originally, this committee was convened in a slightly partisan fashion, even though we have been very non-partisan to date, because the Prime Minister said there was a drug epidemic. There seemed to be a lot of focus on cocaine and crack, and CBS had a special and President Reagan was concerned about it. But what I am hearing from the provincial people who have come before us is that by far the most serious problem, in terms of substance abuse, is in alcohol rather than in drugs, and especially not illicit drugs. You have more of a problem with alcohol combined with abuse of other, sometimes prescribed, drugs. Is that a fair assessment, and what can the federal government do as a federal government to assist in improving the situation? Most of the program delivery is provincially-oriented, financing, etc., other than EPF funding.

## [Translation]

ner les chiffres du budget si vous pouviez les déposer. Cela nous serait utile.

**M. Gilbert:** Question très difficile. La Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie a publié l'an dernier un document sur les effets économiques de l'usage abusif de l'alcool et des drogues au Canada. Elle a notamment accordé son attention aux coûts qu'entraîne l'usage abusif de l'alcool et des drogues pour le système de soins de santé.

Cette année, le budget de nos programmes relatifs à l'alcool et aux drogues est d'environ 24 millions de dollars. Le budget provincial de la santé serait de l'ordre de 2,9 milliards de dollars. Mais on ne saurait examiner les crédits du budget des soins de santé qui sont consacrés au traitement des alcooliques et des toxicomanes sans se pencher en même temps sur les sommes que les hôpitaux et le régime d'assurance consacrent aux services d'omnipraticiens, ce qui est extrêmement difficile à mesurer dans les deux cas.

Un des projets que nous venons tout juste de lancer à l'hôpital Royal Jubilee à Victoria est celui d'une équipe de salle formée d'un interne supérieur, d'un travailleur social, d'une infirmière supérieure et d'un commis. L'équipe de salle sera située dans l'hôpital et aura pour fonction première, en réalité, de se faire une bien meilleure idée du nombre de patients admis dans nos hôpitaux généraux et régionaux pour une cause qui semble non liée à l'abus de l'alcool, mais qui est fondamentalement l'abus de l'alcool. Il y a des gens qui sont admis pour une cirrhose du foie, une jambe brisée, et ainsi de suite.

Selon certains très petits éléments de recherche réalisée dans divers hôpitaux de la province, entre 29 p. 100 et 40 p. 100 des malades hospitalisés en médecine générale des hôpitaux y sont pour des problèmes d'alcool ou de pharmacodépendance. Songez un instant, en examinant nos budgets hospitaliers, qu'entre 25 p. 100 et 35 p. 100 des malades hospitalisés en médecine générale sont là parce qu'ils font un usage abusif d'alcool. Cela représente un autre coût formidable pour le système. Et nous n'avons à vrai dire aucune idée du nombre d'alcooliques et de toxicomanes qui se font traiter par des omnipraticiens. Si l'on fait le total, cela donnera une somme considérable d'argent et mes 24 millions de dollars ne seront plus qu'un infime moustique sur le flanc de l'énorme éléphant.

**Mme Copps:** Maintenant que nous avons commencé à les entendre, les provinces nous livrent un certain message. Au départ, notre Comité a été constitué avec une légère partisanerie, même si nous avons pu en faire complètement abstraction jusqu'à maintenant, parce que le Premier ministre a déclaré qu'il y avait une épidémie de drogue. On a semblé accorder une attention considérable à la cocaïne et au crack, et Radio-Canada a présenté une émission spéciale et le président Reagan s'en inquiétait. Mais à en croire les représentants des provinces qui ont comparu devant nous, le problème le plus grave, et de loin, en matière d'abus des substances, concerne l'alcool plutôt que les drogues, et surtout pas les drogues illicites. Le problème de l'alcool combiné à l'abus d'autres drogues, et parfois de médicaments d'ordonnances, est un plus grand problème. Ai-je raison de parler ainsi, et le gouvernement fédéral peut-il faire quelque chose pour aider à améliorer



[Texte]

So first of all, would you agree that the thrust should be first toward alcohol abuse? Second, if that is so, what can we do about it here?

**Mr. Gilbert:** I think your first statement, as a general statement, is very accurate. Certainly all our statistics and our experience truly indicates that alcohol, as the primary drug of choice amongst Canadians, is the one which is abused in the greatest percentage.

• 1010

However, I would commend the federal government, insofar as any drug of abuse is devastating to the person that abuses that drug . . . And looking into the future, into the year 2000, perhaps the drug of greatest abuse we will see is not the drug made from hops or which comes from the naturally grown plants in the community but in fact from drugs which are produced chemically in basements of houses and homes, not only in this country but also in the United States. I really do not believe we have any idea, any of the jurisdictions in the world, as to how devastating the effect of that is going to be. It is a bit like our concern with AIDS—I mean, alcohol abuse. When you look at the impact of AIDS on the community over the next five or ten years, the whole issue of abuse just palls by comparison to what is going to happen to our health care system as a result of AIDS if we do not find a cure for it.

So in that sense it was very appropriate and opportune that the federal government came out with various statements about the problems of drugs in Canada. But you are quite right, alcohol is the one which is abused by most Canadians.

What can the federal government do? I think the federal government has done a great deal already. Simply by drawing the nation's attention to the fact that there is a problem we have to discuss, and the establishment of the resolution of this committee to hold hearings on the issue of drug abuse here in Ottawa and, hopefully, in other parts of the country, will indicate to the people of Canada that the government is concerned about the issue of drug abuse.

I would re-emphasize that one of the most useful things this committee can do is a dialogue with your political counterparts in the provinces, because it is the politicians who have to provide leadership. We as civil servants can provide certain direction and assist, but really the leadership has to come from the provincial legislatures. And it is a question of persuading all of us not to continue to put this skeleton into the cupboard, but to bring it out from the cupboard, and to recognize that it is a devastating health problem and that it can be treated, and that there is a willingness on all our parts to be able to do something.

Very specifically, I believe the federal government, in the development of its announced national drug strategy, will bring the provinces and the federal government together around some co-ordinated programming. We already have under way, under the leadership of Mr. Epp, a review of the

[Traduction]

la situation? Essentiellement, l'administration du programme est d'orientation provinciale, le financement, etc., autre que le financement FPE.

Donc, en premier lieu, diriez-vous qu'il faut mettre l'accent d'abord sur l'usage abusif de l'alcool? En second lieu, si vous le croyez, que pouvons-nous y faire de notre côté?

**M. Gilbert:** Votre déclaration générale est très juste. Certes, toutes nos statistiques et toute notre expérience indique véritablement que l'alcool, qui constitue une drogue de choix pour les Canadiens, est celle dont on abuse le plus, en pourcentage.

Cependant, je féliciterais le gouvernement fédéral, car toute drogue qui fait l'objet d'abus a un effet dévastateur sur la personne qui en abuse . . . Et pour l'avenir, en l'an 2000 par exemple, les plus grands abus ne concerneront peut-être pas la drogue faite de houblon ou qui vient des plantes naturelles, mais bien des drogues produites par des moyens chimiques dans les sous-sols des maisons, non seulement chez nous, mais aussi aux États-Unis. Nous n'avons aucune idée, selon moi, dans tous les gouvernements du monde, de l'ampleur de l'effet dévastateur que cela aura. C'est un peu comme notre crainte du SIDA—je veux dire l'abus de l'alcool. Lorsqu'on songe aux incidences que le SIDA aura sur la collectivité d'ici cinq ou dix ans, le problème de l'abus n'est rien en comparaison de ce que le SIDA fera à notre système de soins de santé si nous n'y trouvons pas de remède.

En ce sens donc, il était tout à fait indiqué et fort opportun que le gouvernement fédéral fasse diverses déclarations sur les problèmes des drogues au Canada. Mais vous avez bien raison, l'alcool est la substance dont la plupart des Canadiens abusent.

Que peut faire le gouvernement fédéral? Il a déjà fait beaucoup, à mon sens. Ne serait-ce qu'en attirant l'attention de la nation sur l'existence d'un problème à discuter, et en confiant à votre Comité le soin de tenir des audiences sur la question de l'abus des drogues, ici à Ottawa et, je l'espère, dans d'autres régions du pays, le gouvernement indique aux Canadiens qu'il se préoccupe du problème de l'usage abusif des drogues.

L'une des choses les plus utiles, je le redis, que peut faire votre Comité, c'est d'amorcer un dialogue avec vos homologues politiques des provinces, car ce sont les hommes et les femmes politiques qui doivent prendre l'initiative. Les fonctionnaires peuvent toujours donner une certaine orientation et prêter leur concours, mais l'initiative doit venir des assemblées législatives. Et il s'agit de nous persuader tous d'admettre le problème, mais pour ce, il faut reconnaître que c'est un problème dévastateur, que le mal peut être traité, et que chacun veut faire quelque chose.

Très spécifiquement, je crois que le gouvernement fédéral regroupera les provinces et le gouvernement fédéral autour d'une programmation coordonnée lors de l'élaboration de la stratégie nationale qu'il a annoncée en la matière. M. Epp a déjà commandé une revue de la Loi sur la réadaptation

**[Text]**

Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Act, which is our primary funding mechanism for alcohol and drug dependent people.

We are looking at the provisions of the Canada Assistance Plan to see whether we can be more pro-active with that legislation. I believe in the area of health promotion the federal government can play a very significant role nationally, but it has to be done in co-operation and in partnership with the provinces, the municipalities, and the private sector.

We cannot replicate what was done in the early 1970s, where the federal government established a commission, the Le Dain commission, which went off and did its thing, laid all sorts of programs on the provinces, expected the provinces to pick them up when the funding dried up, and we were left kind of holding the baby, if you . . . That was most unfortunate! I am so sorry.

**Ms Copps:** Do not blush, please!

**Mr. Gilbert:** It has to be something which has to be a partnership. It has to demonstrate a national strategy and not a federal strategy. It has to be done in partnership with the provinces.

**The Chairman:** Thank you very much, Ms Copps. Mr. Mantha, maybe you could keep yours to about five minutes, and I might have a chance for one question.

**Mr. Mantha:** I am glad you said the Prime Minister by drawing attention to drugs, and Mr. Epp, that our government is doing something. And I believe that too, just by speaking of it.

Is it not true, though, that alcohol is easier to work with, easier anyway than drugs? Usually people who are on drugs who shake the habit go back to it—the different reactions between alcohol and drugs.

• 1015

**Mr. Gilbert:** Yes, Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** I used to play hockey out there. It was always great. You could always go and get a case of beer till 2 a.m. in the morning.

Also, do you still have take-out beer at the hotels? You can be drinking and all of a sudden you decide you want to have a party. In your hotels, in your system, you can get what they call "take-out beer".

In other words, access to booze out in B.C. is a lot easier than, say, in Ontario and other provinces; although in Quebec you can get it in a grocery store.

**Mr. Gilbert:** I think you have to be a little guarded with that, because it is not every community—

**Mr. Mantha:** I know you get rid of the bootleggers.

**Mr. Gilbert:** —and not every facility you can go to—

**[Translation]**

professionnelle des invalides, qui est notre premier mécanisme de financement pour les alcooliques et les toxicomanes.

Nous étudions les dispositions du Régime canadien d'assistance publique pour voir si nous pouvons rendre cette loi plus proactive. Dans le domaine de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle très important au niveau national, mais il doit le faire en collaboration et en association avec les provinces, les municipalités et le secteur privé.

Nous ne pouvons répéter ce qui s'est fait au début des années 70, où le gouvernement fédéral a établi une commission, la Commission Le Dain, qui a fait son boulot, a proposé aux provinces toutes sortes de programmes, a cru que les provinces s'en chargeraient lorsque les fonds seraient épuisés, si bien que nous nous sommes retrouvés à tenir le bébé, si vous . . . Quelle maladresse! Je suis navré.

**Mme Copps:** Ne rougissez pas, s'il vous plaît!

**M. Gilbert:** Cela doit se faire en association. Cela doit traduire une stratégie nationale et non une stratégie fédérale. Cela doit se faire en association avec les provinces.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Copps. Monsieur Mantha, pourriez-vous vous limiter à environ 5 minutes, ce qui pourrait me donner la chance de poser une question.

**M. Mantha:** Je suis heureux de vous entendre dire que le Premier ministre, qui a attiré l'attention sur les drogues, et M. Epp, que notre gouvernement, en somme, fait quelque chose. Je le crois aussi, en en parlant.

N'est-il pas vrai, cependant, que l'alcool est plus facile à traiter, plus facile en tout cas que les drogues? Habituellement, les toxicomanes qui réussissent à se libérer finissent par retomber dans leurs vieilles habitudes—les réactions différentes entre l'alcool et les drogues.

**M. Gilbert:** Oui, monsieur Mantha.

**M. Mantha:** J'ai déjà joué au hockey là-bas. Il y avait toujours moyen de trouver une caisse de bière jusqu'à 2 heures du matin.

De même, les hôtels vendent-ils toujours de la bière à emporter? Si en prenant une bière, vous décidez tout à coup d'organiser une partie, vous pouvez trouver, dans vos hôtels, de la bière «à emporter», comme on dit.

Autrement dit, il est beaucoup plus facile de trouver de la broue en Colombie-Britannique que, mettons, en Ontario ou ailleurs; au Québec, cependant, on en trouve dans les épiceries.

**M. Gilbert:** Mais attention, ce n'est pas partout . . .

**M. Mantha:** Je sais que vous éliminez le marché noir.

**M. Gilbert:** . . . et ce n'est pas dans n'importe quel établissement que vous . . .



[Texte]

**Mr. Mantha:** You get rid of the bootleggers. But then the government gets its share of taxes. I understand that, too.

**Mr. Gilbert:** There is a revenue side as well as an expenditure side, yes.

May I just answer your first question, which had to do with drugs other than alcohol and the treatment of drugs other than alcohol? We have found in the province that intervention and treatment processes for persons who abuse drugs, period, should not be broken down into people who abuse alcohol and people who abuse other drugs. The interventions and the method of treatment for drug abuse generally are the same. We do have considerable success in treating people who voluntarily come to us—and I would re-emphasize that word “voluntarily”—for treatment who have abused cocaine, heroin, and many of the other harder substances.

**Mr. Mantha:** Why do we always hide people? We are always protective. People who have come here are always saying we should be treating people, we should be doing different things. Are we strong enough, federally or provincially . . . in court, are we stiff enough with these people, either drugs or the related . . . If I knew somebody . . . if my kids were on drugs and I knew the pusher, I am sure I would knock his head off; without question.

It is a frightening thing to see how people can walk around making money by pushing drugs and putting other people in . . . Are we stiff enough in all our . . . ? We had people here the other day . . . when there are charges for, say, minor-offence, first-time drug pushers, they usually get off. Why do we go this way? Are we stiff enough in court on these people?

**Mr. Gilbert:** You are asking a very difficult question to answer. I think we have to recognize that as a society, we accept the abuse of drugs.

**Mr. Mantha:** That is the trouble. We should not.

**Mr. Gilbert:** In fact, we advertise and we publicize the fact that drinking alcohol is a very acceptable drug of choice. We promote the fact. We spend vast amounts of money, as a community, on promoting the advertising of liquor. I am not suggesting we go back to the days of prohibition, but I am suggesting that maybe we could move to the Aristotelian mean, if you like, where we could be promoting the sensible use of drugs, rather than constantly and very subtly promoting the use of drugs, especially amongst our young people. If we are going to be trying to do something over the long term, we really have to try to do something about reducing the way in which we bombard our children practically from morning till night on television and in many of our respected journals with, as you know, the various products put out by the liquor industry.

I think that is one area where we can do something both as individuals and especially as parents. It is something that as a parent myself I am very conscious of with my children: trying

[Traduction]

**M. Mantha:** Il n'y a plus de marché noir. Mais alors, le gouvernement reçoit sa part des taxes. Je comprends cela, aussi.

**M. Gilbert:** Il y a des recettes, et des dépenses aussi, oui.

Permettez-moi de répondre à votre première question, qui concerne les drogues autres que l'alcool et le traitement des toxicomanies autres que l'alcoolisme. Nous avons constaté dans notre province que les processus d'intervention et de traitement pour les personnes qui abusent des drogues, sans plus de précision, ne doivent pas être divisés entre, d'un côté, l'alcool et, de l'autre, les autres drogues. Les interventions et la méthode de traitement pour l'abus des drogues en général sont les mêmes. Nous avons d'énormes succès dans le traitement des gens qui viennent volontairement nous voir—et j'insiste de nouveau sur le mot «volontairement»—pour se faire traiter parce qu'elles ont fait un usage abusif de la cocaïne, de l'héroïne et d'une foule d'autres substances dures.

**M. Mantha:** Pourquoi cachons-nous toujours les gens? Nous ne cessons pas de les protéger. Les gens qui sont venus ici ne cessent de nous dire que nous devrions traiter les personnes, que nous devrions faire différentes choses. Sommes-nous assez forts, au niveau fédéral ou provincial . . . Devant les tribunaux, sommes-nous assez vigoureux avec ces gens-là, pour ce qui est des drogues ou des . . . Si je connaissais quelqu'un . . . si mes enfants étaient drogués et que je connaisse le vendeur, il ne fait aucun doute que je lui casserais la gueule; c'est sûr.

Il est effarant de voir comment il est possible de se promener tranquillement en vendant de la drogue et en mettant d'autres personnes dans . . . Sommes-nous assez durs dans tous nos . . . ? Nous avons accueilli des gens l'autre jour . . . lorsque, mettons, des vendeurs commettent un premier délit mineur, mettons, ils s'en tirent habituellement. Pourquoi permettons-nous cela? La justice est-elle assez dure pour ces gens-là?

**M. Gilbert:** Vous posez une question très difficile. Je pense que nous devons reconnaître que la société accepte l'abus des drogues.

**M. Mantha:** C'est là le problème. Nous ne devrions pas.

**M. Gilbert:** De fait, nous annonçons sans vergogne que l'alcool est une drogue de choix fort acceptable. Nous le crions sur tous les toits. La collectivité engloutit d'énormes sommes d'argent dans la publicité des spiritueux. Sans vouloir revenir à l'époque de la prohibition, nous pourrions peut-être passer à l'aristotélisme, en quelque sorte, promouvoir l'utilisation judicieuse des drogues, plutôt que de promouvoir sans cesse et très subtilement l'utilisation des drogues, surtout chez nos jeunes. Si nous voulons travailler à long terme, nous devons absolument faire quelque chose pour réduire la façon dont nous bombardons nos enfants, du matin jusqu'au soir, à la télévision et dans un grand nombre de nos revues respectées, avec les divers produits de l'industrie des spiritueux.

A mon sens, c'est un des domaines où nous pouvons faire quelque chose en tant que personnes et surtout en tant que parents. C'est une chose dont je suis moi-même très conscient,



**[Text]**

not exactly to shield them from the problems of alcohol, but at least to make them aware that this is a drug that is a lethal drug when it is taken in large quantities and there is a line that one can draw in order that it is not harmful.

Some years ago the Department of Indian Affairs or the Department of National Health and Welfare produced an extremely valuable poster, which I see still in many of the offices on the reservations and around B.C. It says "Drinking is not Indian". Drinking was something that was brought to our native peoples by the founding fathers of this nation. I think that is a very, very powerful message. Drinking is not Canadian. Drinking is not Indian. If we could begin to introduce our children to that concept, maybe over the long haul we could do something about it.

• 1020

I would re-emphasize this, because Mr. Turner asked the same question. I do not believe that we are going to solve the problem of substance abuse in this country by constantly hitting people over the head all the time.

Certainly our laws have to be enforceable, but we should not rely entirely on the laws and the administration of justice to try to do something about substance abuse. It has to be done in the schools. It has to be done in our health care system, and it has to be done through a much greater emphasis on prevention and education than we have ever done in the past.

**The Chairman:** The last question.

**Mr. Mantha:** The smoking problem is a little difficult. Sometimes you have to hit people on the head. There has to be more control by government because apparently statistics show that people like to be told what to do.

I will just leave you with this thought, and I do not know if you want to react to it... It is a drug-related incident that happened in my area about a month ago. A fellow thought his girlfriend was with this guy, so at about 6.30 a.m. he walked up to the motel door, banged on the door, took out a gun and shot the guy twice. He shot the wrong person.

Now, this is a drug-related thing, but what will he get? Three years? Seven years?

**Mr. Gilbert:** What will happen to him when he is in the institution is more, I think, to the point. Are we going to actually try to help that person get off the drug habit—whatever he is doing—while he is in the institution? Are we going to try to help him live a slightly better life?

**Mr. Mantha:** But the other guy he shot, his family and the hardships—big deal! We are going to rehabilitate this person. I think we are too easy on the whole thing. I do not know.

**Mr. Gilbert:** You are asking a difficult question.

**Mr. Mantha:** Yes.

**The Chairman:** I have one question, Mr. Gilbert. To what extent have you been able to attack the problem of the

**[Translation]**

en tant que père de famille: pas exactement tenter de mettre mes enfants à l'abri des problèmes de l'alcool, mais au moins leur faire comprendre que cette drogue est mortelle lorsqu'elle est absorbée en grandes quantités et qu'il y a moyen de faire en sorte qu'elle ne soit pas nocive.

Il y a quelques années, le ministère des Affaires indiennes et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ont produit une affiche extrêmement utile, que je vois encore dans un grand nombre de bureaux dans les réserves et en Colombie-Britannique. La légende est : «Boire, ce n'est pas indien». Ce sont les pères fondateurs de la nation qui ont appris aux autochtones à boire. Le message est extrêmement puissant. Boire, ce n'est pas canadien. Boire, ce n'est pas indien. Si nous pouvions commencer à initier nos enfants à ce concept, nous pourrions peut-être y faire quelque chose à la longue.

J'insiste encore là-dessus, car M. Turner a posé la même question. A mon sens, ce n'est pas en tapant tout le temps sur la tête des gens que nous allons régler le problème de l'abus des substances au Canada.

Bien sûr, il nous faut des moyens d'appliquer nos lois, mais la solution du problème de l'abus des substances ne passe pas seulement par les lois et l'administration de la justice. Cela doit commencer à l'école. Cela doit se faire dans notre système de soins de santé, par une insistance bien plus grande que jamais par le passé sur la prévention et l'éducation.

**Le président:** Dernière question.

**M. Mantha:** Le problème du tabagisme est un peu plus difficile. Parfois, il faut taper sur la tête des gens. Le gouvernement doit exercer plus de contrôle, car les statistiques semblent indiquer que les gens aiment se faire dire ce qu'ils doivent faire.

Je vous laisse sur cette réflexion. Vous voudrez peut-être réagir... C'est un incident qui s'est produit dans ma région il y a un mois environ et qui concerne les drogues. Vers 6h30 du matin, un type s'amène à la porte d'une chambre de motel où il croyait trouver sa blonde avec un autre gars, frappe un coup de poing sur la porte, sort un fusil et abat l'autre type de deux coups. Il n'a pas tiré sur la bonne personne.

C'était une affaire de drogue; qu'est-ce qu'il aura? Trois ans? Sept ans?

**M. Gilbert:** Il est plus important de savoir ce qui lui arrivera lorsqu'il sera dans une institution. Allons-nous effectivement tâcher de lui faire perdre l'habitude des drogues—ou quoi encore—pendant son incarcération? Allons-nous tenter de l'aider à vivre un peu mieux?

**M. Mantha:** Mais l'autre type sur lequel il a tiré, sa famille, toutes les misères... la belle affaire! Nous allons réadapter ce gars-là. C'est trop facile. Je ne sais pas.

**M. Gilbert:** Vous posez une question difficile.

**M. Mantha:** Oui.

**Le président:** J'ai une question, monsieur Gilbert. Dans quelle mesure avez-vous pu vous attaquer au problème de

## [Texte]

aetiology or the predisposing factors to substance abuse? They are probably the same psychological deficits, or the same character deficits, the same behavioural characteristics that people have who are overweight; who have other problems of that nature.

To what extent are you able to get at those root causes? And have you identified what they are? What is it that makes a person feel he has to resort to substance abuse or tobacco, or what have you?

Have you been able, then, to do an evaluation on your programs? Have you had any controlled groups so that you can compare the results of the programs you have instituted with a group that has not had that kind of treatment or attention?

**Mr. Gilbert:** The short answer, Mr. Chairman, is no. Some four years ago, when the government introduced the restraint program into B.C., one of the things that was very savagely hit—this was in the days when we were a commission, or at least when my predecessors were the commission. I became executive director of alcohol and drug programs only two and a half years ago.

One of the first things that disappeared was our capacity to do any research. So we have no research component in our program at the present time. We have to beg, borrow and steal wherever we can from our colleagues within the Ministry of Health for research capabilities to be able to answer some of the questions that you have asked.

We do have a very small evaluation component within the program, which really tries to look at whether we are getting value for money in terms of funding the agencies that we provide grants to in the community.

But I think the question that you are asking also is a very complex one. I think people will abuse drugs for a whole series of reasons, either because they have lost their job; because their marriage is not in a very good way; they themselves are becoming depressed, etc.

There is a whole cluster of reasons there as to why people abuse drugs. As I say, I cannot over-emphasize the need for us to provide more of our resources in the area of prevention and education, in order that people can have choices and can understand that they have choices. They do not have to take drugs in order to live a happy life.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Gilbert. We appreciate your testimony and the answers you have given to our questions.

I think it would be appropriate now to move on to our second witness, who is Mr. Joseph E. McIntyre, the Executive Director of the Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick.

We welcome you here this morning, Mr. McIntyre, and look forward to your opening statement, followed by questions.

## [Traduction]

l'étiologie ou des facteurs qui prédisposent à l'abus des substances? Ce sont probablement les mêmes déficits psychologiques ou les mêmes déficits caractériels, les mêmes caractéristiques de comportement que pour les obèses; nous avons d'autres problèmes de cette nature.

Dans quelle mesure arrivez-vous à rejoindre ces causes profondes? Avez-vous trouvé ce qu'elles sont? Qu'est-ce qui pousse à recourir aux drogues ou au tabac, ou à autre chose?

Donc, avez-vous pu faire une évaluation de vos programmes? Avez-vous eu des groupes de contrôle pour comparer les résultats des programmes que vous avez institués avec ceux d'un groupe qui n'aurait pas eu ce genre de traitement ou d'attention?

**M. Gilbert:** Pour répondre brièvement, monsieur le président, non. Il y a quatre ans environ, au moment où le gouvernement a imposé le programme de restrictions en Colombie-Britannique, une des choses qui a fait l'objet des coupes les plus sombres... c'était à l'époque où nous étions une commission, en tout cas à l'époque où mes prédécesseurs formaient la commission. Il n'y a que deux ans et demi que je suis directeur général des Programmes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Nous avons tout d'abord perdu nos moyens de recherche. Par conséquent, à l'heure actuelle, notre programme n'a pas de composante de recherche. Nous devons quêter, emprunter et voler des moyens de recherche chaque fois que nous le pouvons à nos collègues du ministère de la Santé afin de pouvoir répondre à certaines des questions que vous avez soulevées.

Nous avons bien une très petite composante d'évaluation dans le cadre du programme, elle a pour objet de déterminer si nous en avons pour notre argent quand nous accordons des subventions à des organismes de la collectivité.

Mais je pense que votre question est aussi très complexe. Il y a une foule de raisons pour lesquelles on abuse des drogues: une perte d'emploi, un mariage branlant, une dépression, etc.

Les raisons pour lesquelles on abuse des drogues ne manquent pas. Comme je l'ai dit, je ne saurais trop insister sur la nécessité de consacrer une plus large part de nos ressources à la prévention et à l'éducation, afin de donner des choix aux gens et de leur faire comprendre qu'ils ont des choix. Il n'est pas nécessaire de prendre des drogues pour vivre une vie heureuse.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Gilbert. Nous vous remercions de votre témoignage et des réponses que vous nous avez données.

Je pense qu'il conviendrait maintenant de passer à notre deuxième témoin, qui est M. Joseph E. McIntyre, directeur général de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick.

Bienvenue, monsieur McIntyre. Nous attendons votre déclaration d'ouverture, après quoi nous vous poserons des questions.



[Text]

[Translation]

• 1025

**Mr. Joseph E. McIntyre (Executive Director, Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick):** Thank you very much, Mr. Chairman, and members of the committee.

On behalf of the Minister responsible for the Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick, the Hon. Nancy Clark Teed, and our chairman, Dr. Everett Chalmers, I wish to express to you our sincere gratitude for this opportunity to share the extent to which we are trying to impact on alcohol and drug problems in the Province of New Brunswick.

We would also, with your permission, like to convey our impressions on what seems to be currently lacking, not only in New Brunswick but throughout Canada, in our efforts to create more impact on the horrendous problems caused to society by alcohol and other drug abuse. We certainly acknowledge that there is a serious alcohol drug problem in Canada and, in order to create a change in society, it is extremely important to address equally both the demand for and the supply of drugs to Canadians.

It is our view that discussion, collaboration and co-operation between provincial jurisdictions and the federal government is required in order to map out a strategy to curb the current level of damage to the lives of countless Canadians. I will share with the committee the types of government, interdepartmental and non-governmental effort currently under way in our province to try to pool our ideas, resources and solutions to the rather complex problems we are facing.

As I have noted in my written submission, our commission was started in 1978 with a particular mandate to develop and implement programs of education, prevention, treatment and research. Since its inception, the commission has firmly adhered to and promoted the fact that alcohol, too, is a drug. As such, the design and focus of our various programs have always been from the perspective that they should address concerns related as well to any and all mood-altering substances from over-the-counter, prescription and non-prescription to the illegal drugs such as marijuana, cocaine, and more recently, crack.

As far as the treatment and rehabilitation efforts within the Province of New Brunswick, we provide a regional service which consists of treatment, community and support services. Throughout our province there are eight in-patient treatment centres with seven of these units providing basic detoxification and comprehensive assessment referral services.

In two of those seven units, there are 28-day residential rehabilitation programs. A long-term residential facility for chronic male drug-dependent persons is available and, within the past year, a non-governmental residential facility for females has commenced operation.

**M. Joseph E. McIntyre (directeur général, Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick):** Merci beaucoup, monsieur le président, mesdames et messieurs.

Au nom du ministre responsable de la Commission de l'alcoolisme et de la pharmacodépendance du Nouveau-Brunswick, l'hon. Nancy Clark Teed, et de notre président, le Dr Everett Chalmers, je tiens à vous exprimer notre sincère reconnaissance de l'occasion qui nous est donnée de partager avec vous les efforts que nous faisons pour contrer les problèmes d'alcool et de drogues au Nouveau-Brunswick.

Avec votre permission, nous aimerions également donner notre opinion sur les lacunes que nous percevons actuellement, non seulement au Nouveau-Brunswick mais dans tout le Canada dans notre lutte contre les problèmes énormes causés à la société par l'abus de l'alcool et d'autres drogues. Nous reconnaissons certainement qu'il existe, au Canada, un problème sérieux d'alcool et de drogues, et que, pour amener un changement dans la société, il est essentiel de traiter cette question en se plaçant sous l'angle de la demande, aussi bien que de l'offre de drogues par des Canadiens.

A notre avis, il faut qu'il y ait discussion, collaboration et coopération entre les provinces et le gouvernement fédéral pour élaborer une stratégie visant à réduire les dommages causés à la vie d'innombrables Canadiens. J'exposerai au Comité les divers efforts gouvernementaux interministériels et non gouvernementaux actuellement déployés dans notre province pour la mise en commun de nos idées, de nos ressources et de nos solutions afin de résoudre les problèmes plutôt complexes auxquels nous faisons face.

Comme je l'ai indiqué dans mon mémoire écrit, notre commission a vu le jour en 1978, avec le mandat particulier d'élaborer et de mettre en oeuvre des programmes d'éducation, de prévention, de traitement et de recherche. Depuis sa création, la Commission a fermement adhéré au principe, et a reconnu le fait, que l'alcool, également, est une drogue. Par conséquent, nos divers programmes ont toujours été conçus pour résoudre les problèmes liés à l'abus de toute substance modifiant le caractère, quelle qu'elle soit—médicaments prescrits et non prescrits, drogues vendues illégalement, comme la marijuana, la cocaïne et, plus récemment, la *crack*.

Pour ce qui est du traitement et des efforts de réadaptation au Nouveau-Brunswick, nous offrons, au palier régional, des services de traitement, des services communautaires et des services de soutien. Dans toute notre province, il y a huit centres de traitement recevant des patients en résidence, dont sept fournissent des services de base de désintoxication et des services intégrés d'évaluation et de renvoi.

Deux de ces sept centres offrent des programmes intensifs de réadaptation de 28 jours en résidence. Il existe également, pour les toxicomanes chroniques de sexe masculin, un centre de traitement en résidence à long terme; et, dans la dernière année, un centre non gouvernemental de traitement en résidence pour les femmes a ouvert ses portes.



## [Texte]

For a population in excess of 700,000, there are 190 in-patient beds available throughout the province and for last year the indications were that there were approximately 4,700 admissions. That has been rather stable over the course of the last two or three years.

Within each of the seven treatment centres, there are also assessment and after-care programs provided through what we refer to as out-patient departments which, during 1985-86, opened 1,145 cases, with 16,413 counselling sessions given by 14 of our professional counsellors.

Within New Brunswick, as my colleague from B.C. has indicated, the drug of choice continues to be alcohol, followed by multiple drug usage consisting of alcohol and street drugs or alcohol and prescription drugs, or a combination of alcohol, street and prescription drugs. Our commission's Community Services Division focuses its efforts on education and prevention. Throughout the year 1985-86, 18 counsellors provided 5,700 sessions to some 31,455 individuals in our province.

There is a wide range of programs which have been developed and put in place throughout our schools and our various communities. These include classroom presentations and the design of a drug education component in our school health curriculum.

Other programs include Safe Grad, Student Assistance Programs, Videotox, which is a program whereby students produce their own anti-drug videos, and a more recent phenomenon called TADD, Teens Against Drunk Driving. Peer counselling programs have become quite extensively pursued by our universities and community colleges.

Additional programs aimed at providing drug education information and aimed specifically at youth include our alcohol and drug education program for teens, ADEPT, which we had to develop for juveniles who were referred to us through the courts as a result of the young offender legislation, and Alternatives, which is another program for any youth experiencing problems with alcohol or other drug addiction.

• 1030

As well, our commission sponsors and conducts courses for adults, parents, professionals in the field, service agency professionals, law enforcement personnel, clergy, hospital staff, school teachers, guidance counsellors, and certainly our own workers in the field itself. In all cases the theme is "become aware", and this is achieved through trying to provide information on drugs, their harmful properties, their addictive potential, and the havoc they can wreak on individuals, families, and communities.

## [Traduction]

Pour une population de plus de 700,000 habitants, il y a, dans toute la province, 190 lits disponibles, pour lesquels environ 4,700 patients ont été admis dans la dernière année. Le nombre d'admissions est plutôt stable depuis deux ou trois ans.

Dans chacun des sept centres de traitement, des services externes dispensent également des programmes d'évaluation et d'après-soins, qui, en 1985-1986, ont pris soin de 1,145 cas, avec 16,413 sessions de conseil données par 14 de nos conseillers professionnels.

Au Nouveau-Brunswick, comme l'a indiqué mon collègue de la Colombie-Britannique, la drogue favorite demeure l'alcool, suivie de nombreuses combinaisons utilisant cette drogue et consistant en alcool et drogues vendues dans les rues, en alcool et médicaments prescrits, ou encore en alcool, drogues vendues dans les rues et médicaments prescrits. La Division des services communautaires de notre commission consacre ses efforts à l'éducation et à la prévention. Tout au long de l'année 1985-1986, 18 conseillers ont offert 5,700 sessions de conseil à quelque 31,455 personnes dans notre province.

Nous avons élaboré et mis en place une gamme étendue de programmes dans nos écoles et nos communautés. Ces programmes comprennent des exposés en classe et l'introduction de cours d'éducation sur les drogues dans le programme de santé scolaire.

Il y a d'autres programmes, comme Finissant sans accident, les Programmes d'aide aux étudiants, vidéotox, où les étudiants produisent leurs propres vidéos antidrogues et, phénomène plus récent, ACIV-Adolescents contre l'ivresse au volant. Nos universités et nos collèges communautaires dispensent activement des programmes de conseil donnés par des collègues.

Il y a également des programmes complémentaires, qui visent à fournir des renseignements éducatifs sur les drogues et qui s'adressent spécifiquement aux jeunes, comme notre *Alcohol and Drug Education Program for Teens* (ADEPT) (Programme d'éducation sur l'alcool et les drogues destiné aux adolescents) que nous avons créé pour les jeunes que nous confions les tribunaux en vertu de la Loi sur les jeunes délinquants, et Alternatives, qui est un autre programme pour tous les jeunes qui ont des problèmes causés par l'alcool ou une autre toxicomanie.

Egalement, notre commission parraine et dispense des cours pour adultes, parents, membres des professions libérales sur le terrain, employés d'agences sur le service, personnel d'agences d'application de la loi, membres du clergé, personnel d'hôpital, enseignants, conseillers de carrière et nos propres travailleurs sur le terrain. Le thème de tous ces cours est «devenir conscient», et nous arrivons à rendre les gens conscients en leur donnant des renseignements sur les drogues, leurs propriétés néfastes, leur potentiel de toxicomanie et les ravages qu'elles causent sur les personnes, leurs familles et toute leur communauté.

*[Text]*

Over the last few years there has been an increased effort in our province to foster community mobilization in our field of endeavour. There are at present some 14 local community groups—8 English and 6 French—which have sought out our advice and counsel in the development of their individual efforts to try to heighten community awareness regarding alcohol and drug problems.

Long-standing community service groups, such as the Lions and Rotarians, are increasingly becoming involved in this field as well. For example, Lions clubs in New Brunswick have adopted Huggy, a life-sized huggable lion bearing the motto "Try hugs, not drugs". Huggy has been used to spread this message to children and adults, not only across our province but throughout the Maritimes region and, more recently, in the United States.

In terms of research within our organization, the client-information retrieval system, which is currently in place, was designed and is still operated in conjunction with the Computer Science Department of our University of New Brunswick. This particular system has been described by some outside experts as certainly among the best in North America. Through this system comprehensive overall program evaluations have been realized, as well as up-to-date information on our clientele—how they arrive at our centres, where they are, and, quite important, where they are referred to on completion of our intervention.

A comprehensive evaluation of our 28-day in-patient rehab program was completed in November 1985. This study revealed that 50% of our program graduates remained totally abstinent from drug and alcohol throughout the six-month follow-up period; 76% of graduates reported an overall improved lifestyle; graduates used significantly less other health and community services after graduation; and the quality and quantity of care is of a high level and at a cost substantially lower—about \$58.80 per patient per day—than comparable other health care facilities.

A program evaluation of our detox programs was carried out in 1986, and this report has revealed a high degree of client satisfaction with our programming; after-care programs were made readily available to clients upon their discharge; the proportion of younger clients entering treatment has grown over the past five years; and female clients remain in detox programs an average of 11% longer than do males.

The average per diem rate for detox services in our facilities was \$77.41, so both detox and rehab beds are much lower per patient per day than our provincial hospital average of \$264.73. The most recent research carried out in our province was a comprehensive provincial school drug survey among students in grades 7 through to 12. Again, the drug of choice of these students was alcohol, with 70.3% reporting consump-

*[Translation]*

Ces dernières années, il y a eu, au Nouveau-Brunswick, un effort accru pour mobiliser les communautés dans notre lutte. Il y a à l'heure actuelle quelque 14 groupes communautaires locaux (8 anglophones et 6 francophones) qui ont demandé à notre commission des conseils et des avis pour élaborer leur propre programme qui vise à augmenter la prise de conscience de la communauté à l'égard des problèmes d'alcool et de drogues.

Des groupes de services communautaires établis de longue date, comme les clubs Lions et les membres du Rotary Club, s'impliquent également de plus en plus dans notre domaine. Les clubs Lions du Nouveau-Brunswick, par exemple, ont adopté «Huggy», un lion adorable en peluche, de taille normale, qui porte le slogan «en vogue—sans drogues». Huggy a servi à transmettre ce message aux enfants et aux adultes, non seulement dans toute notre province, mais dans toutes les provinces maritimes et, plus récemment aux États-Unis.

Le système d'extraction de données des clients, qui fonctionne actuellement dans notre commission, a été conçu et fonctionne en conjonction avec le Département des sciences informatiques de l'Université du Nouveau-Brunswick. D'après les experts extérieurs, c'est l'un des meilleurs systèmes d'Amérique du Nord. Grâce à ce système, nous pouvons évaluer d'une manière intégrée l'ensemble du programme et mettre à jour les renseignements touchant nos clients—comment ils arrivent à nos centres et où ils sont envoyés à la fin de notre intervention.

Nous avons terminé en novembre 1985 une évaluation intégrée de notre programme de réhabilitation de 28 jours en résidence. Cette étude montre que: a) 50 p. 100 de ceux qui passent par notre programme s'abstiennent totalement de consommer des drogues et de l'alcool pendant la période de six mois qui suit leur sortie. b) 76 p. 100 de ceux qui passent par notre programme trouvent une amélioration de leur mode de vie; c) ils utilisent beaucoup moins d'autres services de santé et communautaires après leur sortie; d) la qualité et la quantité de soins est de niveau élevé et coûte substantiellement moins—58,80\$ par jour par patient—que les autres installations de soins de santé comparables.

Nous avons entrepris une évaluation des programmes de désintoxication en 1986. Cette étude démontre que: a) nos clients sont très satisfaits des programmes de notre Commission; b) les programmes d'après-soins sont très accessibles aux clients lorsque ces derniers quittent l'institution; c) la proportion de clients plus jeunes commençant leur traitement a augmenté au cours des cinq dernières années; d) les clients de sexe féminin demeurent dans un programme de désintoxication en moyenne 11 p. 100 plus longtemps que ceux de sexe masculin.

Le coût moyen par jour pour les services de désintoxication dans nos installations est de 77,41\$. Par conséquent, les lits de désintoxication sont, comme ceux de réhabilitation, bien meilleur marché par patient par jour que ceux des hôpitaux, qui coûtent en moyenne 264,73\$. La recherche la plus récente entreprise au Nouveau-Brunswick est un sondage sur l'usage des drogues chez les tous les étudiants de 7<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> année. La



## [Texte]

tion of alcohol at least once in the preceding 12 months. However, almost 13% of junior high school students and 35% of our high school students drank more than once per month. Alcohol use was followed by tobacco, 43.9%; cannabis, 22.8%; prescribed barbiturates, 13.2%; and non-prescribed stimulants, 10%. All other drugs used ranged from 1.7% for heroin to 7.7% for LSD.

Although we believe it is often the lifestyle of a parent that contributes significantly to drug usage by adolescents, we feel this is more fully demonstrated in our student survey by the indication that by the time they reach grade 12, 44.4% of students reported having been on a drinking spree, 21.2% reported aggressive behaviour while drinking, and 38.4% reported black-outs, all of which, from our definition of addiction, is that this certainly is not considered to be social drinking.

New Brunswick is not unlike other provinces in Canada, in that it is very difficult to provide accurate statistics and/or costs of drugs other than alcohol being used by our residents.

• 1035

From a statistical point of view, our statistics have shown in the past several years an increase in the number of persons who are addicted to more than one drug. Data on the number of charges for violations of the Narcotic Control Act and the Food and Drug Act seem to show a decrease in persons charged with simple possession. However, we believe this reduction is not because of a reduction in other drug usage by the general population, but rather an increased effort on the part of policing agencies to try to impact on the supply of drugs.

The economic cost of alcohol abuse alone in New Brunswick has been determined to be at least \$215.5 million. The budget of our commission for 1986-87 is \$6.6 million.

Of significance, we believe, is our view that financial statistical data alone provide but one useful approach to measuring the impact of drugs. However, such data always hide the real human costs experienced by individuals, families, friends, and their communities. To indicate that substance abuse costs any government \$x per day does not give one an appreciation of the pain a family experiences when one of its members is an alcoholic or an addict. Nor does it capture the sense of guilt and remorse so often felt by a mother who has given birth to a child with fetal alcohol syndrome, or the pain associated with the realization that a family member is slowly killing himself or herself.

It is our view that commissions like ours in any province cannot impact significantly on drug problems alone. We were therefore most pleased with the long-standing relationship

## [Traduction]

drogue que ces étudiants préfèrent est l'alcool: 70,3 p. 100 signalent qu'ils ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 mois qui précèdent. Cependant, près de 13 p. 100 des étudiants des premières années d'école secondaire et 35 p. 100 des étudiants des dernières années d'école secondaire boivent de l'alcool plus d'une fois par mois. L'alcool est suivie par le tabac, (43,9 p. 100), la cannabis (22,8 p. 100), les barbituriques prescrits (13,2 p. 100) et les stimulants non prescrits (10 p. 100). Les autres drogues utilisées vont de 1,7 p. 100 pour l'héroïne à 7,7 p. 100 pour le LSD.

Nous sommes convaincus que c'est le style de vie d'un parent qui incite vraiment l'adolescent à se droguer et nous pensons que cette conviction est vraiment démontrée dans notre enquête sur les étudiants par l'indication que, lorsqu'ils atteignent leur 12<sup>e</sup> année d'école, 44,4 p. 100 des étudiants signalent qu'ils ont eu des expériences d'ivresse totale, 21,2 p. 100 signalent un comportement agressif lorsqu'ils boivent, et 38,4 p. 100 signalent des pertes de conscience—véritables indications qu'on ne peut considérer ces expériences comme le fait de «prendre un verre» en société.

Le Nouveau-Brunswick ressemble aux autres provinces du Canada en ce qu'il est très difficile d'obtenir des données précises et des coûts sur les drogues autres que l'alcool, que ces résidents utilisent.

D'un point de vue statistique, nos données démontrent qu'au cours de ces dernières années, il y a eu augmentation du nombre de personnes qui s'intoxiquent à l'aide de plus d'une drogue. Les données sur le nombre de contraventions pour violation de la Loi sur les stupéfiants et(ou) la Loi des aliments et drogues révèlent une baisse du nombre de personnes accusées de simple possession de drogue. Cependant, nous pensons que cette réduction n'est pas due à une baisse de l'usage des drogues autres que l'alcool par la population en général, mais plutôt à une intensification de l'effort des agences de police pour réduire l'offre de drogues.

On a trouvé que le coût économique de l'abus d'alcool au Nouveau-Brunswick était égal à au moins 215,5 millions de dollars. Le budget de notre commission pour 1986-1987 est de 6,6 millions de dollars.

Cependant, il est important de noter qu'à notre avis, les données financières et statistiques ne fournissent qu'une dimension pour mesurer les effets de la drogue. De telles données masquent toujours les coûts humains réels que paient les personnes, leur famille, leurs amis et leur communauté. Quand on dit qu'un abus de drogue coûte au gouvernement x dollars par jour, on ne tient pas compte de la douleur ressentie par une famille dont l'un des membres est alcoolique ou toxicomane. On ne prend pas en compte non plus le remord ou la culpabilité que ressent tellement souvent une mère qui a donné naissance à un enfant présentant le syndrome alcoolique foetal, ni la douleur associée à la vue d'un membre de la famille qui se suicide lentement.

A notre avis, quel que soit la province ou le territoire, une commission comme la nôtre ne peut seule exercer des effets importants sur les problèmes de drogue. Nous sommes, par



*[Text]*

between our commission and the Federal-Provincial Subcommittee on Alcohol and Other Drug Problems. The recently developed co-operative arrangement between the Government of Canada and the provinces to address the issue of driving-while-impaired problems is another indication of how this partnership benefits us all.

We have found in New Brunswick that interdepartmental involvement in issues surrounding alcohol and drugs is not only helpful, but essential, to our attempts to reduce the demand for drugs. Our joint committee with the Department of Education places emphasis on school programs and teacher training. Our Interdepartmental Committee on Impaired Driving, with representation from Justice, Education, Transportation, and the New Brunswick Medical Society, the New Brunswick Safety Council, and the Public Legal Education Service of the federal government, is currently involved in the pooling of resources and ideas to impact on this most pressing social problem.

It is suggested within Canada programming for special groups is not progressing as rapidly as it should. It is with this realization that our commission adopted provincial advisory committees for both disabled persons and seniors. With a committee composition of several provincial government departments and outside private groups, these committees provide counsel to our commission. While relatively new in existence... we have seen evidence that this type of co-operative effort does bring results.

With the recent public concern about crack, we were able to secure the involvement of the RCMP in producing informational brochures and pamphlets.

While all the co-operative efforts are aimed at providing additional impetus to reducing alcohol and drug problems among our residents, we realize there are also issues that have to be addressed within our own government. It was with this in mind that an Interdepartmental Committee on Alcohol and Drug Dependency Support Services was established to determine the extent to which more government effort can be put into properly training all health care providers with an accurate knowledge base in the field of addictions and to target any duplication of effort in our field.

During the 1985 sitting of our provincial legislature a Standing Committee on Alcohol and Drugs was established. This committee has not only familiarized itself with our own commission's demand reduction strategies and treatment, but also has queried the general public as to its perception of alcohol and drug problems in the province. The support of this committee has certainly given our commission the reinforcement to carry on with our mandate.

Despite obvious forward movement in the field, we feel there are gaps in service similar to those expressed in other jurisdictions. It is our belief that more significant strides will not be felt in our Canadian society until there is a change in attitude towards the use of alcohol and other drugs. The social acceptance of alcohol in our society is seen as an issue that can best be addressed through a serious commitment to health

*[Translation]*

conséquent, extrêmement satisfaits de la relation de longue date qui existe entre notre commission et le Sous-comité provincial et fédéral sur l'alcool et les drogues. Les ententes coopératives récemment élaborées entre le gouvernement du Canada et les provinces, qui visent à résoudre les problèmes de conduite en état d'ébriété, constituent une autre indication de la manière dont cette association bénéficie à tous.

Nous avons trouvé, au Nouveau-Brunswick, que l'engagement interministériel sur les problèmes d'alcool et de drogues était non seulement utile, mais essentiel dans notre lutte pour réduire la demande de drogues. Notre comité mixte, avec le ministère de l'Éducation, met l'accent sur les programmes scolaires et la formation des enseignants. Notre comité interministériel sur la conduite en état d'ébriété, qui compte des représentants de la Justice, de l'Éducation, des Transports, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, du Conseil de sécurité du Nouveau-Brunswick et des services juridiques, s'efforce actuellement de regrouper les ressources et les idées pour lutter contre le problème social le plus urgent.

Nous pensons qu'au Canada, l'élaboration de programmes destinés aux groupes spéciaux ne progresse pas aussi rapidement qu'elle le devrait. Par conséquent, notre commission a créé des comités consultatifs provinciaux pour les personnes infirmes et les personnes âgées. Composés de plusieurs ministères provinciaux et de groupes de l'extérieur, ces comités donnent des conseils à notre commission. Bien que relativement nouveaux, ces efforts coopératifs s'avèrent efficaces.

Étant donné la crainte récente du public au sujet du crack, nous avons pu obtenir la collaboration de la GRC pour produire un livret d'information et des brochures.

Tous ces efforts coopératifs visent à intensifier la lutte contre les problèmes d'alcool et de drogues parmi les résidents du Nouveau-Brunswick, mais nous réalisons qu'il y a également des questions qu'il faut traiter au sein de notre gouvernement. Par conséquent, un comité interministériel sur les services de soutien en matière d'alcool et de drogues a été créé pour déterminer dans quelle mesure le gouvernement doit donner à toutes les personnes qui fournissent des soins de santé une meilleure formation de base en toxicomanie et éliminer toute duplication d'efforts dans ce domaine.

Pendant la session de 1985 de notre assemblée provinciale, un comité permanent sur l'alcool et les drogues a été créé. Ce comité s'est familiarisé avec les stratégies de réduction de la demande de notre commission et il a également informé le public sur les problèmes d'alcool et de drogues dans notre province. Le soutien de ce comité a certainement aidé notre commission dans l'accomplissement de son mandat.

En dépit des progrès évidents réalisés dans le domaine de la lutte contre les drogues au Nouveau-Brunswick, nous avons, dans nos services, des lacunes semblables à celles qui existent dans d'autres provinces ou territoires. A notre avis, nos progrès s'arrêteront s'il n'y a pas, dans notre société canadienne, un changement d'attitude à l'égard de l'usage de l'alcool et des autres drogues. Nous pensons que l'acceptation de l'alcool par notre société ne disparaîtra que si toutes les parties engagées

*[Texte]*

promotion by all of us who are involved in this field of endeavour.

New Brunswick has developed a solid and cost-effective treatment modality for the victims of these problems by the provision of tertiary prevention efforts. However, we feel if more Canadian emphasis were placed on public education and information, we could over the long term start to see a decrease in the services required from organizations like ours. Canada is seen to be woefully lacking in the provision of adequate addiction treatment training, not only for persons currently working with people problems but also for all students currently studying to become physicians, psychologists and social workers. In other words, helping people. Without at least a core knowledge about addiction, it is felt that those of us in a position to create behaviour change will continue to be short-changed because, unfortunately, most professionals tend to gauge their own clients' use of alcohol or drugs by their own level of consumption.

• 1040

We are becoming increasingly aware of the lack of comprehensive drug-dependency treatment services for adolescents and young adults, which includes a relatively new phenomenon in Canada, children of alcoholics. We believe to a greater or lesser extent that all provinces are attempting to keep pace with the demands placed on us. However, it is felt there is a disparity in delivered services which can only be improved through a concerted effort by government and non-government groups to pull in the same direction with the same goals and objectives.

This will require, in our opinion, a re-affirmation by all of us that the drug situation in Canada can be altered drastically if more incentives were made available through more resource allocation and a true partnership by an improved federal-provincial cost-sharing arrangement.

Mr. Chairman, in closing we wish to acknowledge our pride in what has been accomplished. We in New Brunswick are fortunate to have the support required in order to maintain our mandate. We do feel, however, that we have merely been able to touch the surface of our problems. We feel we are on the right path to improving services, but if we can start to see more evidence of a higher level of Canadian consciousness around drug-dependency issues, where individuals, families, communities and governments are seen to be working together, we can drastically reduce the ravaging effects of chemicals.

We sincerely thank you and your committee for this opportunity to discuss the New Brunswick drug situation, and we certainly can assure you of our dedication and commitment to work in tandem with any initiatives that may arise from your deliberations. I thank you very much.

*[Traduction]*

dans notre lutte s'engageant sérieusement à promouvoir la santé.

Le Nouveau-Brunswick a élaboré une méthode de traitement sérieuse et efficace sur le plan des coûts, qui s'adresse aux victimes de l'alcool et des autres drogues. Ce traitement consiste en un effort de prévention tertiaire. Cependant, nous pensons que si, au Canada, on insistait davantage sur l'éducation et l'information du public, on assisterait, à long terme, à une réduction des services fournis par des organismes comme le nôtre. Malheureusement, nous pensons que le Canada ne donne pas une formation suffisante en toxicomanie, non seulement aux personnes qui travaillent à résoudre les problèmes des gens, mais également à tous ceux qui étudient pour devenir médecins, psychologues et travailleurs sociaux, en d'autres termes, à ceux qui aident les gens. Nous pensons que s'ils ne possèdent pas les connaissances de base sur la toxicomanie, ceux d'entre nous qui peuvent amener un changement dans le comportement des gens continueront à ne pas en être capables. En effet, la plupart des membres de professions libérales ont malheureusement tendance à juger l'utilisation d'alcool ou de drogues en se basant sur leur propre consommation.

Nous sommes de plus en plus conscients du manque de services intégrés de traitement de la toxicomanie chez les adolescents et les jeunes adultes, parmi lesquels il faut compter un phénomène relativement nouveau au Canada: les enfants d'alcooliques. Nous sommes plus ou moins convaincus que toutes les provinces et territoires tentent de satisfaire les besoins de services nécessaires. Cependant, nous pensons qu'il existe entre les services offerts une disparité qui ne peut s'atténuer que si les groupes gouvernementaux et non gouvernementaux font un effort concerté pour aller dans la même direction, avec les mêmes buts et les mêmes objectifs.

Cela nécessitera, à notre avis, une réaffirmation par tous qu'on peut totalement changer la situation en matière de drogues au Canada, si l'on crée des incitations nouvelles au moyen de ressources plus grandes et d'une association véritable, grâce à une meilleure entente de partage des coûts entre le gouvernement fédéral et les provinces.

En conclusion, monsieur le président, nous voulons exprimer notre fierté devant les succès de notre lutte dans tout le pays. Nous, au Nouveau-Brunswick, avons la chance d'avoir le soutien requis pour accomplir notre mandat. Cependant, nous n'avons, d'après nous, été capables que d'effleurer la surface de nos problèmes. Nous pensons être sur le bon chemin d'une amélioration de nos services, mais si les Canadiens pouvaient avoir plus conscience des problèmes de toxicomanie, si les personnes, les familles, les communautés et les gouvernements pouvaient travailler ensemble, nous pourrions réduire considérablement les effets désastreux des drogues sur notre peuple.

Nous vous remercions, vous et le Comité, de nous avoir donné cette possibilité d'exposer la situation au Nouveau-Brunswick en matière de drogues et nous pouvons vous assurer de notre dévouement et de notre volonté de travailler ensemble



[Text]

**Dr. Halliday:** Thank you, Mr. McIntyre. We will move to questions now.

Ms Copps, do you want to lead off with five minutes for each questioner this time?

**Ms Copps:** Sure. You have only one long-term sheltered workshop in the province.

**Mr. McIntyre:** We have one long-term sheltered workshop for chronic male persons and one for females which has just, as I have indicated, recently opened.

**Ms Copps:** Right. The female residence is a non-governmental facility.

**Mr. McIntyre:** Yes.

**Ms Copps:** Who is running it?

**Mr. McIntyre:** There were Secretary of State developmental grants that were given to the people who were responsible for running this program in addition to a fair degree of community support through municipalities and the United Appeal. There is right now a proposal before our Cabinet for consideration for funding to assist the dollars that are going into that effort by the city and also the local community itself.

**Ms Copps:** The city being?

**Mr. McIntyre:** The City of Saint John is where the facility is located, a place called Amana House.

**Ms Copps:** The reason I raise that is because I do not know the situation in other provinces; I know that historically in the Province of Ontario residential facilities have primarily focused on alcoholism problems with men and that there has always been a very serious problem getting residential facilities for women. That is changing, but I suppose like everything it is not changing fast enough.

Do those two facilities service the demand? I think you mentioned in-patient beds available and stability of admission. But the admission is also capped on the basis of the numbers of beds.

**Mr. McIntyre:** Yes.

**Ms Copps:** It is sort of a chicken and egg situation—

**Mr. McIntyre:** That is right.

**Ms Copps:** —if you only have 190 beds and you are running at 99% occupancy.

**Mr. McIntyre:** Certainly New Brunswick in some respects has been dragging its feet in terms of full capability province-wide to provide in-patient care to females. It was only within the past three months that we opened our last female unit in our detox services. Now, all seven have separate provision for treatment of females.

Our rehabilitation, the rather extensive 28-day program, is geared up in such a way that we can accommodate 15 women if in fact we have 15 women who want to go through at the same time. So there is a fair degree of flexibility in that

[Translation]

à toute initiative qui pourrait résulter de vos délibérations. Merci beaucoup.

**M. Halliday:** Merci, monsieur McIntyre. Passons maintenant aux questions.

Madame Copps, vous pouvez commencer. Est-ce que cinq minutes suffiront à chacun de vous?

**Mme Copps:** Bien sûr. La province ne compte qu'un atelier protégé à long terme.

**M. McIntyre:** Nous avons un atelier protégé à long terme pour les malades chroniques de sexe masculin et un pour les femmes, qui, comme je l'ai indiqué, vient d'ouvrir.

**Mme Copps:** Très bien. La résidence pour les femmes est une installation non gouvernementale.

**M. McIntyre:** C'est cela.

**Mme Copps:** Qui la dirige?

**M. McIntyre:** Les responsables du programme ont reçu des subventions de démarrage du Secrétariat d'État, outre une aide appréciable des municipalités et de Centraide. Nous avons présenté au Cabinet une demande de fonds, qui compléterait l'aide financière injectée dans ce programme par la ville et la collectivité elle-même.

**Mme Copps:** Quelle est cette ville?

**M. McIntyre:** La résidence, appelée Amana House, est située à Saint Jean.

**Mme Copps:** Je soulève ce point parce que je ne suis pas au courant de la situation dans les autres provinces; je sais qu'il existe en Ontario des résidences destinées à traiter les problèmes d'alcoolisme chez les hommes et qu'il y a toujours eu de très grandes difficultés à mettre en place des résidences du même genre pour les femmes. La situation évolue, mais comme bien d'autres choses, pas assez rapidement.

Ces deux résidences suffisent-elle à répondre à la demande? Vous avez mentionné qu'il y avait des lits pour les malades internes et que le nombre d'entrées étaient stables. Cependant, le nombre d'entrées dépend du nombre de lits.

**M. McIntyre:** C'est cela.

**Mme Copps:** Ce serait la situation de la poule et de l'oeuf...

**M. McIntyre:** Exact.

**Mme Copps:** ... si vous avez uniquement 190 lits et un taux d'occupation de 99 p. 100.

**M. McIntyre:** Il est vrai que le Nouveau-Brunswick, à certains égards, a tardé à offrir dans toute la province des soins en résidence aux femmes. Notre dernière unité pour les femmes dans nos services de désintoxication n'existe que depuis trois mois. Tous les sept reçoivent une aide distincte pour le traitement des femmes.

Notre programme de réhabilitation, celui qui s'étend sur 28 jours, fonctionne de manière à pouvoir recevoir 15 femmes en même temps. Il y a donc assez de souplesse dans cette composante de notre programme de soins. Cependant, la question du



[Texte]

particular component of our care. But the issue of residential long-term programming is something that is relatively new to the Province of New Brunswick. In fact, I am inclined to think that before too long there is going to be a cry for equivalent service in the northern part of the province.

The program that is available in Saint John seems to be adequately able to address the problems within the southern part of the province, between the extended care facility, our detox facilities and our rehabilitation programming as well as the out-patient department care. So we think there probably will be a demand for an increased effort in the northern part of the province as well.

• 1045

**Ms Copps:** You mention also that the proportion of younger clients is growing, and presumably that is going to be reflected in the need for services as well in that area. Even, I think, in the B.C. directory . . . and most of what we have heard to date targets treating the adult alcoholic, at which point . . . when you have been drinking for 20 years or whatever, sometimes it is a little late. It is never too late; but if you could move in at an earlier age and stage, it might be a lot more cost-effective, as well as effective for the individual.

**Mr. McIntyre:** I could not agree with you more. When the organization was started back in 1978-79 and the beds were gradually introduced into the province, the average patient receiving our intervention was probably a male person of 55 years of age, totally unattached and basically living off the state. We have indicated in our brief that the age has been decreasing. The average person, if I could take a profile, would be a person in his 30s. Again, it is a male-dominated issue we are seeing in our treatment units. Yet the male person in his 30s has a family and still has support systems readily available to him in the community.

We have seen a very gradual increase yearly in the number of females who have accessed our programming. It is very, very small. It may just go up 1 or 2 percentage points. At least we are comforted by the fact that we feel we are going in the right direction. But there is still an awful lot more to do.

**Ms Copps:** Do you think the problem is that it is perceived as socially acceptable for men to be drunk?

**Mr. McIntyre:** I think that certainly is a contributing factor, yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. McIntyre, what is the population of New Brunswick?

**Mr. McIntyre:** Just a little in excess of 700,000.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** And a lot of that is rural, is it not?

**Mr. McIntyre:** Yes, it is.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Small-town, rural New Brunswick.

[Traduction]

programme à long terme en résidence est assez nouveau dans notre province. En fait, je suis porté à croire qu'avant longtemps on réclamera un service équivalent dans le nord de la province.

Le service de soins prolongés, nos installations de désintoxication, notre programme de réhabilitation ainsi que le centre de traitement des malades externes à Saint Jean semblent répondre assez bien aux problèmes de la région sud de la province. Nous pensons donc qu'il y aura probablement une demande pour accroître aussi les services dans la partie nord de la province.

**Mme Copps:** Vous mentionnez également l'augmentation des jeunes clients qui se traduira probablement par des besoins accrus de services dans ce domaine. Même dans le répertoire de la C.B. . . et la plupart des témoignages entendus jusqu'à maintenant sont axés sur le traitement de l'alcoolique adulte . . . Lorsqu'on boit depuis 20 ans, il est quelques fois un peu tard. Il n'est jamais trop tard, mais si votre intervention se faisait plus tôt et à un âge plus jeune, elle serait beaucoup plus efficace sur le plan des coûts et de la personne traitée.

**M. McIntyre:** Vous avez parfaitement raison. Lorsque nous avons créé la commission en 1978-1979 et commencé à offrir des lits dans la province, le malade moyen faisant l'objet d'une intervention était probablement un homme de 55 ans, vivant seul aux crochets de l'État. Nous avons indiqué dans notre présentation que l'âge de ces malades diminuait. Le profil aujourd'hui serait un homme dans la trentaine. Je répéterai que nos centres de traitement reçoivent pour la plupart des hommes. Or, l'homme dans la trentaine a une famille et peut encore compter facilement sur une aide dans sa localité.

Depuis quelques années, nous observons une augmentation graduelle du nombre de femmes admises dans notre programme. Mais c'est encore un nombre de proportion infime qui pourrait augmenter de 1 ou 2 points encore. Nous avons cependant la consolation de voir que nous nous acheminons dans la bonne direction. Cependant, il y a encore beaucoup de travail à faire.

**Mme Copps:** Pensez-vous que le problème vient du fait que la société accepte mieux l'homme ivre?

**M. McIntyre:** Il s'agirait assurément d'un facteur.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur McIntyre, quelle est la population du Nouveau-Brunswick?

**M. McIntyre:** Un peu plus de 700,000 habitants.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Et un fort pourcentage de cette population vit en région rurale, n'est-ce pas?

**M. McIntyre:** C'est cela.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Dans des petites villes rurales du Nouveau-Brunswick.

[Text]

**Mr. McIntyre:** Yes; and approximately 65% anglophone and 35% francophone.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** We had a witness here from Saskatchewan a couple of weeks ago say that when he was growing up, drugs in rural Saskatchewan were totally non-existent. In fact, he hardly heard of drugs. Once in a while in the city he would have. In rural New Brunswick today, how prevalent are they? Do you find them everywhere? Do you find these head shops and access to drugs everywhere now throughout New Brunswick?

**Mr. McIntyre:** Certainly there does not appear to be the overall level of awareness about availability of drugs in rural New Brunswick. Certainly we have found that the drug of choice, particularly in rural New Brunswick, is alcohol. That seems to be the drug most of the youngsters are pursuing. The student drug survey I referenced in my presentation has provided us with a phenomenal amount of information, to the point where we are still trying to flesh out and get an overall indication of the kinds of demographic information on rural individuals that we seem to think may substantiate that particular view, that alcohol is the problem, and that the reason why it is a problem is a lack of support services available in rural areas in terms of recreation and so on.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** On that survey of young people from grades 7 to 12, when you indicated 70% reported consumption of alcohol at least once in the preceding 12 months... We have a 9-year-old son, and if you were to ask him that question, have you ever had a drink of Daddy's beer, an honest answer from him would be, yes.

**Mr. McIntyre:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Once in a while he asks me for a sip. What this does not indicate is where are they doing the drinking? Is it at home, once in a while, with the mother or father, or in an alley?

**Mr. McIntyre:** When we carried out the survey, we wanted to know whether or not, obviously, people had used it, and if so, how often. The figure 70% did not really surprise us, because, as you said, anywhere between 35% and 45% of those who said they have tried it tried it in front of their parents. So certainly we recognize that. What concerned us more, from a clinical and an education point of view, was the percentages associated with persons who have been drinking a fair amount within the preceding 30 days, and I tried to give an indication of the individuals who are reporting drinking sprees. We defined in our survey what a drinking spree was—basically, two days of continuous or a back-to-back drinking activity, as well as blackouts, which are always a tell-tale sign of an addiction problem as far as alcohol is concerned. Those are the individuals whom we are very, very much concerned about and we want to see them more actively involved in treatment interventions.

[Translation]

**M. McIntyre:** Exact. Il y a environ 65 p. 100 d'anglophones et 35 p. 100 de francophones.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Il y a environ deux semaines, un résident de la Saskatchewan est venu témoigner que les drogues n'existaient pas dans le milieu rural de la Saskatchewan où il a été élevé. En fait, il n'a presque jamais entendu parler de drogues, si ce n'est une ou deux fois à la ville. Quelle est la situation actuelle dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick? Trouve-t-on des drogues partout? Peut-on maintenant se procurer des drogues partout au Nouveau-Brunswick?

**M. McIntyre:** On ne semble assurément pas être conscient de façon générale de l'existence de drogues dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick. Nous avons constaté que l'alcool était la drogue préférée, surtout dans les régions rurales de la province. C'est d'ailleurs celle que la plupart des jeunes absorbent. Le sondage effectué auprès des étudiants, que j'ai mentionné dans ma présentation, nous a fourni une masse de renseignements, au point où nous essayons toujours d'obtenir des renseignements démographiques sur les personnes en milieu rural qui pourraient étayer cette opinion voulant que l'alcool soit le principal problème causé par un manque de services de soutien, comme des divertissements et autres, dans les régions rurales.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** En ce qui touche le sondage auprès des jeunes de la 7<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année, vous indiquez que 70 p. 100 ont révélé avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des douze mois précédents. Nous avons un fils de neuf ans qui, si on lui demandait s'il a déjà goûté à la bière de papa, il vous répondrait honnêtement par l'affirmative.

**M. McIntyre:** Je vois.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De temps à autre, il me demande s'il peut goûter la bière. Ce que le sondage ne nous indique pas, c'est l'endroit où les jeunes consomment de l'alcool. Est-ce à la maison, à l'occasion, avec le père ou la mère, ou dans une ruelle?

**M. McIntyre:** Lorsque nous avons réalisé le sondage, nous voulions savoir si oui ou non, de toute évidence, les gens consommaient de l'alcool et, le cas échéant, leur fréquence de consommation. Ce chiffre de 70 p. 100 ne nous a pas vraiment étonnés puisque, comme vous le savez, entre 35 p. 100 et 45 p. 100 des jeunes qui nous ont dit avoir consommé de l'alcool l'ont fait devant leurs parents. Nous reconnaissons donc ce fait. Ce qui nous préoccupe un peu plus, d'un point de vue clinique et éducatif, est le nombre de personnes qui ont consommé une quantité appréciable dans les 30 jours précédents, et j'ai essayé de préciser le nombre de personnes qui avaient indiqué «avoir pris une brosse». Nous avons défini cette expression dans notre sondage comme étant une consommation continue d'alcool pendant deux jours, ponctuée de pertes de conscience qui sont toujours un signe révélateur d'un problème de toxicomanie, du moins en ce qui concerne l'alcool. Voilà les personnes qui nous inquiétaient le plus et que nous voudrions voir participer davantage à des programmes de traitement.



[Texte]

[Traduction]

• 1050

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I am leading up to my last question. Some medical professionals and drug policy analysts suggest that education programs are counter-productive in curbing abuse because they, in some respects, encourage it by promoting the fact that this is something that is available. Have you evaluated the effect of some of the education programs in New Brunswick?

**Mr. McIntyre:** We have not carried out the extensive evaluations with the education prevention programs to the extent that I was able to share with your group as far as detox and rehab programming is concerned. But certainly I can assure you that it is on the drawing board. It is part of our Cabinet's expectation that we will carry on with that kind of evaluation.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good.

**Mr. McIntyre:** But I certainly agree with your comment that there has always been a lot of controversy around the vehicles that are being used and who it is that is delivering most programs.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** All right, thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Mr. Mantha.

**Mr. Mantha:** Does it bother you that more drugs now seem to be entering this country on the east coast? What are you doing about it? Are we patrolling our waters more? There seems to be more public awareness now. They had a big thing on *W5*, I believe.

**Mr. McIntyre:** That is right.

**Mr. Mantha:** There are billions of dollars worth of drugs coming into this country.

**Mr. McIntyre:** I do not know how much accurate information I could provide in terms of that sort of being a supply issue. I have certainly been made aware of the fact that there is an awful lot of drugs that are probably coming into New Brunswick and, in fact, eastern Canada by boats. They are probably confiscating only 25% to 30% of these drugs. I know it is rather rampant, at least I am told that by law enforcement personnel and Customs and Excise people.

**Mr. Mantha:** When something happens they always get somebody that is [*Inaudible—Editor*] to draw attention to the fact that it is wrong. In the case of Hatfield, it was a long, dragged-out thing, with a lot of mud slinging.

There was a football player from Edmonton—I will not tell you his name—who was on drugs. He was suspended for one year. We have civil servants, for example, who take money from us for working for us, and then we have to turn around and take the taxpayers' money again to rehabilitate them.

Private enterprise, private business—I own a golf course and I do not have the funds for that. I am saying that we are too soft. Would you support drug testing of Members of Parlia-

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'en arrive à ma dernière question. Certains spécialistes de la santé et analystes de programmes contre les drogues laissent entendre que les programmes d'éducation manqueraient à leur but de contrer l'abus de drogues et d'alcool puisque, à certains égards, ils encourageraient la consommation en signalant que ces produits sont offerts sur le marché. Avez-vous évalué les répercussions de quelques-uns des programmes d'éducation au Nouveau-Brunswick?

**M. McIntyre:** Nous n'avons pas effectué d'évaluations poussées des programmes de prévention au même point que nous avons pu le faire avec vous en ce qui touche les programmes de désintoxication et de réhabilitation. Mais je peux assurément vous garantir que nous y songeons sérieusement. Notre Cabinet s'attend à ce que nous réalisions ce genre d'évaluation.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Bien.

**M. McIntyre:** Mais je suis pleinement d'accord avec vous qu'il y a toujours eu beaucoup de controverse entourant les moyens utilisés et les responsables chargés d'appliquer la plupart des programmes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je vous remercie.

**Le président:** Merci, monsieur Turner. Monsieur Mantha.

**M. Mantha:** Êtes-vous préoccupés par le fait que de plus en plus de drogues semblent entrer au pays par la côte est? Quelles mesures avez-vous prises à ce sujet? Avez-vous augmenté les patrouilles maritimes? Le public semble plus conscient du problème à l'heure actuelle. Il y a eu un gros reportage à l'émission *W5*, si je ne m'abuse.

**M. McIntyre:** C'est exact.

**M. Mantha:** Il y a pour des milliards de dollars de drogues qui entrent au Canada.

**M. McIntyre:** Je ne crois pas posséder de renseignements exacts sur l'approvisionnement de drogues. Je suis pleinement au courant qu'il entre probablement une quantité effarante de drogues au Nouveau-Brunswick et dans l'est du Canada par bateau. On n'en arrête probablement que 25 p. 100 à 30 p. 100 de cette quantité. C'est un problème assez étendu, du moins de l'avis des policiers et des douaniers.

**M. Mantha:** Lorsque quelque chose se produit, il y a toujours quelqu'un qui [*Inaudible—Éditeur*] attire l'attention sur le fait qu'il s'agissait de quelque chose de répréhensible. Dans le cas de Hatfield, les choses ont traîné en longueur et ont sali beaucoup de gens.

Il y avait à Edmonton un joueur de football, dont je tairai l'identité, qui faisait usage de drogues. Il a été suspendu pour un an. Par exemple, il y a des fonctionnaires qui nous soutirent de l'argent et que nous devons ensuite réhabiliter aux frais de l'État.

En ce qui touche l'entreprise privée, je possède un terrain de golf et je ne peux me permettre de faire cela. Nous sommes trop mous. Seriez-vous en faveur de faire subir aux députés, à



## [Text]

ment, led by the Prime Minister? If you want to take somebody [*Inaudible—Editor*], then let us start with ourselves. You are saying someone like a politician . . . Why do you not offer that or come to suggestions like that, that the statesmen of this country . . . ?

If you are penalizing people like the football player and Hatfield to draw attention to the problem, then why not start with us? Come to Parliament and say, hey, you 282 guys, why do you not take the . . . ? It will not be mandatory, just an open-door policy. Why do you not start something like that? I am sure you would not have any problem with the 282 Members of Parliament.

**Mr. McIntyre:** As my colleague has indicated, it certainly is a very controversial issue. Our commission board is currently in the process of trying to come to grips with formulating some opinion, and obviously it has involved some questions being asked of our legal system relative to the Charter and so on. At this point in time, as we review that particular issue and try to familiarize ourselves with what is going on in the United States, we still feel very, very strongly that the treatment intervention that obviously should be pursued as much as possible is Employee Assistance Programs, recognizing that we are dealing with an illness, and that if a proper—

**Mr. Mantha:** For instance, a football player is suspended with pay, like our civil servants. Why do we not suspend or fire one of those guys? What we are doing is setting an example. We are heavy in one area. To say to fire that other person, well, it is not—I mean, it is nobody. So we have to get somebody with a name, like this football player. And there were a couple of hockey players years ago that—they just sort of . . . We have taken their lives from them, too, rather than give them a chance in terms of rehab.

• 1055

**Mr. McIntyre:** Certainly that is an option, to chop them off and let them fend for themselves. The fact of the matter is, though, that if it is an addiction problem you are chopping them off for, that is going to get worse before it gets better. That is why we feel as much as possible . . . We talk about an attitudinal problem regarding alcohol and drug abuse, and it is really the attitude of our society that in many, many respects is contributing to the way we are not being effective in our treatment interventions. On the one hand we recognize that a chemically dependent person—we do say they are sick, but on the other hand by our actions we are not backing them up. I think it is very, very important that we be very consistent with what it is we are saying relative to the cost.

**Mr. Gilbert:** Mr. Mantha, if the federal government really wished to do something very innovative and to really show leadership to the provinces, it would be very appropriate for the Speaker, the Prime Minister, and the Leader of the Opposition to get together and establish the first employee assistance program in any legislative assembly in this country. That may be the first step towards doing something about the problem you are raising.

## [Translation]

commencer par le premier ministre, un test pour déceler la présence de drogues? Si vous voulez prendre quelqu'un [*Inaudible—Éditeur*], commençons par nous-mêmes. Vous parlez des politiciens. Pourquoi ne pas offrir ou faire des suggestions à cet effet qui toucheraient nos hommes d'État?

Si vous pénalisez des gens comme ce joueur de football et Hatfield pour attirer l'attention sur le problème, pourquoi ne pas commencer par nous? Allez au Parlement et demandez au 282 députés pourquoi ils ne subissent pas le test. Ce ne serait pas un test obligatoire. Pourquoi ne pas commencer quelque chose du genre? Je suis certain que vous n'auriez aucun problème à convaincre les 282 membres du Parlement.

**M. McIntyre:** Comme mon collègue l'a indiqué, cette question est assurément très controversée. Notre commission essaie actuellement de se faire une opinion mais il faut évidemment se demander si la chose est légale compte tenu de notre Charte. En ce moment, nous examinons cette question et nous essayons de connaître ce qui se passe aux États-Unis, mais nous croyons toujours fermement que la meilleure intervention se situerait au niveau de programmes d'aide aux employés puisqu'on reconnaîtrait ainsi le problème comme une maladie.

**M. Mantha:** Par exemple, un joueur de football est suspendu avec rémunération, tout comme nos fonctionnaires. Pourquoi ne pas les suspendre ou les congédier? Ce que nous faisons, c'est d'établir un cas d'espèce. Nous sommes impitoyable dans un domaine. Lorsqu'on congédie un individu, cela ne signifie rien. Il nous faut donc nous attaquer à quelqu'un d'important, comme ce joueur de football. Et il y avait aussi le cas de ces deux joueurs de hockey il y a plusieurs années. Nous leur avons également enlevé tout espoir au lieu de leur donner une chance de se réhabiliter.

**M. McIntyre:** Nous pouvons sans contredit les casser et les laisser à eux-mêmes. En réalité, s'il s'agit d'un problème de toxicomanie, vous leur faites plus de mal avant que les choses s'améliorent. Voilà pourquoi nous sommes plutôt de cet avis. L'abus d'alcool et de drogues constituent un problème d'attitude et c'est effectivement l'attitude de notre société qui, à de nombreux égards, contribue à l'inefficacité de nos interventions. D'une part, nous reconnaissons la pharmacodépendance chez une personne et nous disons alors qu'il est malade, mais d'autre part, nous ne faisons rien pour l'aider. Il est donc très important d'être cohérent sur le plan des coûts.

**M. Gilbert:** Monsieur Mantha, si le gouvernement fédéral désirait vraiment faire quelque chose de très innovateur et de donner l'exemple aux provinces, nous verrions très bien le président de la Chambre, le Premier Ministre et le Chef de l'Opposition établir ensemble le premier programme d'aide aux employés d'une Assemblée législative au pays. Ce pourrait être la première étape d'une intervention pour solutionner le problème que vous soulevez.

[Texte]

**Mr. Mantha:** This is what we want here. I would challenge any Member of Parliament, or even provincial, if you are talking about taking leadership. We as politicians—take the drug test tomorrow. Let us have it.

**Ms Copps:** What for?

**The Chairman:** Thanks, Mr. Mantha.

We have one last quick round of questions each, either to Mr. McIntyre or Mr. Gilbert. Sheila Copps, please.

**Ms Copps:** Well, mine is not a question, it is a statement. It is a statement that, first of all, our civil servants are paid because they do a job just like you and I are paid, and to suggest that somehow we are penalizing professional athletes and not penalizing civil servants, most professional athletes nowadays get one, two, and three chances in terms of rehab. That is the whole focus of the thing. Hopefully, it is to get people in the workplace to feel comfortable to come forward and to say they have a problem and they need help. And if we have our Members of Parliament saying, why do we not just throw them out, throw them out of their jobs, well naturally if anybody has an alcohol or drug problem... And that is not restricted to employees. Just walk around the houses of Parliament some evening vote. There are certainly a few Members of Parliament that I have seen in their cups giving speeches broadcast coast to coast. And if they feel that stating their problem... Even the Prime Minister himself has stated that he had a problem and he dealt with it, and he should be given credit for that. But we should not penalize and say you are going to be thrown out of your job. If you take that attitude, you will never get anybody to come forward. I just wanted to respond to that.

And also vis-à-vis this mandatory drug testing issue, if anyone could show me what that is going to do to solve the drug-alcohol problem, I certainly would have my urine tested any time. But nobody has given me any argument in any way, shape or form to see what that is going to do. What is that going to do? It is a smokescreen, and it is an easy way of saying we solved the problem.

**The Chairman:** Thank you, Ms Copps. Mr. Turner, one question or comment.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Ask not for whom the bell tolls, Mr. Chairman.

Just a question, Mr. McIntyre. You seem to lack facilities in New Brunswick. Are you sending many people to the U.S. for treatment; and if so, can you quantify the dollar drain out of New Brunswick because of that?

**Mr. McIntyre:** I can assure you an awful lot of individuals were leaving our province and going to Ontario, particularly places like Donwood, but that has been reduced substantially. I am aware of the occasional person living on the U.S. border who has gone into the United States, but certainly, at least to my way of thinking based on what I know, it does not seem to be a real drain. Occupancy rates of our facilities—we have two or three facilities—are such that we seem able to accommo-

[Traduction]

**M. Mantha:** C'est ce que nous voulons. Je mets au défi tous les membres du Parlement fédéral, ou même des provinces, de procéder de la sorte, si vous parlez de leadership. En tant qu'hommes politiques, subissons le test de drogue demain.

**Mme Copps:** Pourquoi?

**Le président:** Merci, monsieur Mantha.

Nous aurons maintenant une dernière question pour chacun. Adressez-vous à M. McIntyre ou M. Gilbert. Sheila Copps, vous avez la parole.

**Mme Copps:** Je n'ai pas de question, plutôt une observation. En premier lieu, nos fonctionnaires sont payés parce qu'ils font un travail, tout comme nous; lorsque vous dites que nous pénalisons les athlètes professionnels et non les fonctionnaires, il ne faut pas oublier que la plupart de ces athlètes peuvent avoir une, deux ou même trois chances de se réhabiliter. Voilà l'essentiel de la question. Ce que nous cherchons, c'est d'amener les travailleurs à s'avancer d'eux-mêmes pour demander de l'aide. Si les membres du Parlement sont d'avis qu'il faut congédier ce genre de personnes, il est bien évident que ceux qui ont un problème d'alcool ou de drogues resteront dans l'ombre. Et cela ne touche pas seulement les employés. Promenez-vous dans les édifices du Parlement le soir d'un vote. J'ai déjà vu quelques membres du Parlement en boisson qui présentaient un exposé diffusé dans tout le Canada. Et s'ils croient que le fait de révéler leur problème... Même le Premier Ministre a indiqué qu'il avait un problème et qu'il y faisait face, et on devrait lui donner crédit de l'avoir fait. Mais nous ne devrions pénaliser personne en les congédiant. Si vous adoptez cette attitude, personne ne s'avancera jamais. Voilà ce que j'en pense.

En ce qui touche ce test obligatoire, si quelqu'un peut me montrer que nous résoudrons ainsi le problème de l'alcool et des drogues, je n'hésiterai certainement pas à subir un test d'urine. Mais personne ne m'a encore convaincue d'aucune façon des répercussions de ce test. Quel effet aura-t-il? Est-ce une méthode facile pour se cacher la vérité et dire que nous avons résolu le problème?

**Le président:** Merci, madame Copps. Monsieur Turner, une question ou une observation.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ne demandez pas pour qui sonne le glas, monsieur le président.

J'ai une question pour vous, monsieur McIntyre. Le Nouveau-Brunswick semble manquer d'installations. Envoyez-vous beaucoup de gens se faire traiter aux États-Unis? Le cas échéant, combien la province doit-elle dépenser à cet égard?

**M. McIntyre:** Je peux vous assurer qu'une foule de gens allait se faire traiter en Ontario, surtout à des endroits comme Donwood, mais il y en a beaucoup moins maintenant. Je sais qu'il y a eu quelques personnes vivant près de la frontière américaine qui sont allés se faire traiter aux États-Unis mais cela ne semble pas, du moins d'après ce que j'en sais, nous coûter beaucoup d'argent. Les taux d'occupation de nos installations (nous en avons deux ou trois) nous permettent, semble-t-il, d'accommoder les gens lorsqu'ils en font la

[Text]

date individuals as the request is made, but in Moncton and Saint John we may have a wait list of a day or two.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you.

**The Chairman:** If there are no more questions, I want on behalf of the committee to thank you, Mr. McIntyre, for your very fine presentation and your responses to our questions; and again thanks to you, Mr. Gilbert, for being with us today.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

demande, mais à Moncton et à Saint-John, la liste d'attente est peut-être d'une journée ou deux.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci.

**Le président:** S'il n'y a plus de questions, je voudrais vous remercier, monsieur McIntyre, au nom du Comité, de votre excellente présentation ainsi que vos réponses à nos questions; encore une fois, je remercie M. Gilbert d'avoir participé à la séance d'aujourd'hui.

Cette séance est ajournée jusqu'à la prochaine convocation du président.







*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Alcohol and Drugs Program of British Columbia:*  
David Gilbert.

*From the Alcoholism and Drug Dependency Commission of  
New Brunswick:*

Joseph E. McIntyre, Executive Director.

#### TÉMOINS

*De l'Alcohol and Drugs Program of British Columbia:*  
David Gilbert.

*De l'Alcoholism and Drug Dependency Commission of New  
Brunswick:*

Joseph E. McIntyre, directeur exécutif.

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 14

Thursday, April 2, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 14

Le jeudi 2 avril 1987

Président: Bruce Halliday

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et Bien-être social

---

### RESPECTING:

### CONCERNANT:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to food  
banks, and with regard to the study of alcohol and  
drug abuse

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement, relatif au mandat du ministère de la  
Santé nationale et du Bien-être social relativement  
aux banques d'alimentation, et à l'étude de l'abus de  
l'alcool et des drogues

---

### WITNESSES:

### TÉMOINS:

(See back cover)

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

## MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, APRIL 2, 1987  
(19)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:44 o'clock a.m., in Room 701 of 151 Sparks Street, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Acting Members present:* Sheila Finestone for Sheila Copps; Alan Redway for Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From the House of Commons:* Alan Redway, Member of Parliament for York East. *From the Rideauwood Institute:* Paul Welsh, Executive Director; Sam Waldner, Professional Counselor. *From Maison Fraternité:* Jocelyne Robertson, Team Chief; Georges Morin, Director.

The Committee resumed consideration of its Orders of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to food banks and with regard to the study of alcohol and drug abuse.

Alan Redway made a statement.

Paul Welsh made a statement, and with the other witnesses, answered questions.

Jocelyne Robertson made a statement, and with the other witness, answered questions.

At 11:18 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

## PROCÈS-VERBAL

LE JEUDI 2 AVRIL 1987  
(19)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 44, dans la pièce 701, au 151 de la rue Sparks, sous la présidence de Bruce Halliday, (*président*).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner.

*Membres suppléants présents:* Sheila Finestone, remplace Sheila Copps; Alan Redway remplace Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De la Chambre des communes:* Alan Redway, député d'York-Est. *De l'Institut Rideauwood:* Paul Welsh, directeur exécutif; Sam Waldner, conseiller professionnel. *De la Maison Fraternité:* Jocelyne Robertson, chef d'équipe; Georges Morin, directeur.

En vertu des pouvoirs que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité continue d'étudier son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Défense nationale en ce qui a trait aux banques d'alimentation, et à l'étude de l'usage abusif des drogues et de l'alcool.

Alan Redway fait une déclaration.

Paul Welsh fait une déclaration, puis lui-même et les autres témoins répondent aux questions.

Jocelyne Robertson fait une déclaration, puis elle-même et l'autre témoin répondent aux questions.

A 11 h 18, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)*

[Texte]

Thursday, April 2, 1987

• 0944

**The Chairman:** The Chair sees a quorum among our committee members. Today, I want to welcome as a temporary new member, Mr. Alan Redway, the MP for York East. Not only is he here in his capacity as a member of our committee, but he is also interested in talking to us about a special idea that he has on the subject of food banks. Before we hear our other witnesses I think the committee would be very pleased to have comments from you, Mr. Redway, on your views on the food banks.

• 0945

**Mr. Alan Redway, MP (York East):** Thank you very much, Mr. Chairman and members of the committee. I appreciate very much indeed the opportunity to appear before you and you allowing me to make a presentation on my thoughts relating to food banks.

As you have indicated, Mr. Chairman, I am here today to talk about food banks and in fact to ask you and the committee to undertake a study of food banks in Canada for the purpose of determining how they got started in Canada, and whether or not we should be looking forward to having them as part of our permanent social safety network in this country, and, if not, what steps we should be taking to address that problem. Even if we do agree that they should become a permanent part of the social safety network in the country, I would hope that the committee would address the problem and would take a look at the phenomenon to see what role, if any, Parliament and the federal government have to play with respect to them.

Mr. Chairman, you received a letter from me dated January 21, and I believe all members of the committee have received a copy of that letter. I notice that Mrs. Finestone is here today, I guess as a substitute, and perhaps she has not received a copy of the letter. So maybe I can ask the staff to deliver a copy of the letter to her so she will have that material as well.

**Mrs. Finestone:** Thank you, Mr. Redway.

**Mr. Redway:** The food banks, as you know, are a relatively new phenomenon in Canada. As I understand it, there were no food banks until about 1980. As I indicated in my letter to you and the members of the committee, in my childhood, in my early days, and right up to about 1980, I frankly do not recall any such thing in Canada, or certainly in Toronto, in the way of a food bank.

Yes, there were shelters. There were what might be described as soup kitchens for transients. But there was nothing in the way of a permanent food bank, which, as you know, is really a social service agency where they

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)*

[Traduction]

Le jeudi 2 avril 1987

**Le président:** Il y a quorum. J'aimerais souhaiter la bienvenue à un nouveau membre provisoire, M. Alan Redway, le député de York Est. Non seulement il est là en tant que nouveau membre du comité, mais également il a l'intention de nous faire part d'une de ses idées sur les banques alimentaires. Avant d'entendre nos autres témoins, donc, nous serons heureux de vous écouter sur ce sujet, monsieur Redway.

**M. Alan Redway, député (York Est):** Merci beaucoup, monsieur le président et membres du comité. Je vous suis reconnaissant de me donner l'occasion de vous faire part de mes vues sur les banques alimentaires.

Comme vous l'avez indiqué, monsieur le président, je suis ici pour vous parler des banques alimentaires, mais également pour vous demander d'entreprendre une étude sur le sujet afin de voir comment les banques alimentaires en sont venues à s'établir au Canada et de décider si nous voulons qu'elles continuent de faire partie de notre réseau permanent de sécurité sociale au pays. Dans le cas contraire, je voudrais évidemment voir quelles sont les mesures à prendre afin de remédier au problème. Par ailleurs, même si le comité décidait de faire des banques alimentaires un élément permanent de notre réseau de sécurité sociale, j'espère qu'il en profitera pour s'attaquer au problème et voir quel rôle le Parlement et le gouvernement fédéral pourraient jouer sur ce plan.

Je vous ai envoyé une lettre en date du 21 janvier, monsieur le président, et tous les membres du comité ont dû en recevoir une copie. Je remarque cependant que M<sup>me</sup> Finestone, qui est ici aujourd'hui, sans doute à titre de substitut, n'a pas reçu une copie de ma lettre. Je pourrais peut-être demander au personnel du comité de bien vouloir lui en fournir une.

**Mme Finestone:** Merci, monsieur Redway.

**M. Redway:** Comme vous le savez sans doute, les banques alimentaires sont un phénomène relativement nouveau au Canada. Si je comprends bien, il n'y en avait à peu près pas avant 1980. Comme je vous l'ai indiqué, monsieur le président, et comme je l'ai indiqué aux membres du comité dans ma lettre, je ne me souviens pas d'avoir vu une telle chose dans mon enfance, et plus tard jusqu'en 1980, au Canada, et encore moins à Toronto.

Il y avait bien des refuges. Il y avait ce qu'on appelait des soupes populaires pour les itinérants. Cependant, il n'y avait pas de banques alimentaires permanentes comme telles, c'est-à-dire d'organismes sociaux chargés d'amasser



## [Texte]

collect food. They collect it from a couple of different sources: one, they get it from restaurants and other food wholesalers that have surplus food; two, they get it from the public who bring it in of their own volition in answer to requests and to appeals for food. Then the food bank itself distributes food to other distribution centres, who actually distribute the food to needy individuals.

As I say, this is something that is entirely foreign, to my knowledge, as far as we are concerned in this country. It disturbs me personally because it tends to give people the impression, in my submission anyway, that perhaps we are tending to be a Third World country where we have to distribute and hand out food to starving Canadians. Certainly that aspect of it bothers me considerably, and I hope it bothers you and all the other members of the committee.

Back in the Great Depression of the 1930s perhaps there were such things. I do not recall. I was not really around and thinking about things at that time, Mr. Chairman. The ones that we have today really are a product, as I understand it, of the recessionary period, or what people tend to call the great recession of the early 1980s. Although the recession seems to be abating and unemployment, for instance, has been going down, the food banks, rather than dying off and withering away, seem to be increasing in numbers.

• 0950

I was interested to note this morning that the researcher for this committee, Mr. Chairman, indicated that he is currently part of a group that is organizing another new food bank here in Ottawa. So in spite of the fact that the economy is improving, in spite of the fact that unemployment is going down, particularly, for instance, in my own city of Toronto, where some people say that unemployment is now down to such an extent that we are close to the traditional economic definition of full employment in Toronto, in spite of all that, the food banks seem to be growing. Since the date of my letter to you, Mr. Chairman, there have been a number of articles appear in Toronto newspapers on this subject and I would just like to refer to one of them. This article was in *The Toronto Star* of February 7, 1987. Let me just highlight a few of the comments in this news clipping of February 7:

The Daily Bread Food Bank gave away some 912,080 kilograms or 2,106,576 pounds of foodstuffs, more than four times the amount handled in the previous year.

That is one food bank in Toronto. The executive director of that food bank, Mr. Gerard Kennedy, said:

Food banks are a crisis response to hunger and not a long-term solution. The public should be concerned about the apparent increase in the number of people who cannot afford to buy food. The lesson for us is that the scope is larger than anyone imagined. We wonder about the implications of increasing numbers of people not being able to provide food for themselves in an economy that is improving.

## [Traduction]

des denrées alimentaires. Ces denrées viennent de diverses sources: de restaurants et de grossistes qui ont des excédents, d'une part, et du public qui répond à des demandes d'aide, d'autre part. Ces banques alimentaires redistribuent ensuite les denrées à divers centres qui s'occupent de les remettre aux nécessiteux.

Comme je l'ai dit, à ma connaissance, c'est un phénomène tout à fait nouveau au pays. Et il ne laisse de m'inquiéter, parce qu'il tente de donner l'impression, en ce qui me concerne, du moins, que nous formons une sorte de pays du Tiers monde et que nous sommes forcés de distribuer des aliments aux Canadiens affamés. C'est un aspect de la question qui me préoccupe beaucoup et qui, je l'espère, préoccupe tous les autres membres du comité.

Il y a peut-être eu une situation semblable au cours de la grande dépression des années 1930. Je ne m'en souviens pas. Je ne pouvais guère me faire de souci à ce sujet à l'époque, monsieur le président. Pour ce qui est de la situation actuelle, elle est due, si je comprends bien, à la grande récession du début des années 1980, comme les gens l'appellent. Or, au fur et à mesure que les effets de cette récession s'atténuent et que la situation de l'emploi s'améliore, les banques alimentaires, loin de disparaître, semblent se multiplier.

J'ai été heureux d'apprendre ici ce matin que l'attaché de recherche du comité fait partie d'un groupe qui tente actuellement de constituer une nouvelle banque alimentaire ici à Ottawa. Donc, malgré l'amélioration de l'économie, malgré la baisse du chômage, surtout dans ma propre ville de Toronto, où la situation est telle que le plein emploi, tel qu'on le définit maintenant, est presque atteint, les banques alimentaires continuent de se créer. Depuis que je vous ai envoyé ma lettre, monsieur le président, il y a eu un certain nombre d'articles à ce sujet dans les journaux de Toronto, et j'aimerais vous parler de l'un d'eux. Il s'agit d'un article qui a paru dans le *Toronto Star* en date du 7 février 1987. Je vous en cite quelques extraits:

La banque alimentaire Daily Bread distribuait quelque 912,080 kilogrammes ou 2,106,576 livres de denrées alimentaires, au-delà de quatre fois plus que l'année précédente.

Il s'agit d'une banque alimentaire qui se trouve à Toronto. Son directeur exécutif, M. Gerard Kennedy, déclare ceci:

Les banques alimentaires sont la réponse à une crise de la faim et ne constituent pas une solution à long terme. Le public devrait s'inquiéter de l'augmentation apparente du nombre de personnes qui ne semblent pas être capables de s'acheter de la nourriture. L'étendue du problème dépasse l'imagination. Nous devons en être conscients. Nous devons nous demander quelles peuvent être les répercussions d'une telle situation qui

[Text]

Later on he says:

Food donations from the public increased dramatically in 1986, thanks to highly successful food drives through fire departments and special projects such as the University of Toronto and the Toronto Blue Jays' Wife's Strikeout Hunger Campaign.

It goes on to say:

About 30% of Daily Bread's foodstuffs were donated by individuals last year compared to 5% in 1985. The remaining food bank supplies

as I indicated previously:

come from the food industry, including unsaleable code-dated dairy products, which cannot be sold in time, and improperly packaged or damaged goods, which are still edible.

Finally, he stated in this article that:

Food banks must double the number of volunteers in the next six months to keep up with the requests for food supplies. Last year, 20 agencies were added to the distribution list.

That, to my mind, just underlines and re-emphasizes this growing problem and the growing phenomenon which, as I said, we just did not have before 1980 in this country. But suddenly, even though the economy is improving, we have this great burst of activity.

It is not just a Toronto problem. There has been a book published recently under the auspices of the Canadian Council on Social Development, entitled *Food Banks and the Welfare Crisis* by Graham Riches.

• 0955

He outlines the growth of food banks, and he indicates, for instance, that in 1985, which was the last year for statistics, there were some 94 food banks in Canada. That was up from 75 the previous year. Again, it is not just a Toronto phenomenon. In 1985 there were 4 food banks in Nova Scotia, 6 in New Brunswick, 2 in Quebec, 9 in Ontario, 1 in Manitoba, 5 in Saskatchewan, 14 in Alberta, and 53 in British Columbia. So it is a national problem. It is not just a local phenomenon by any means.

The whole issue... and the book and Mr. Riches, of course, raise a number of questions, questions that were going through my mind before, on whether unemployment is the reason for this. To my mind it does not make sense, when unemployment has been going down, that the number of food banks has been going up. Is it because people are just concerned that there is a

[Translation]

voit un nombre de plus en plus considérable de personnes être incapables de subvenir à leurs propres besoins alimentaires dans une économie qui s'améliore.

Et il ajoute:

Les dons d'aliments par le public ont augmenté de façon spectaculaire depuis 1986 grâce à des campagnes très réussies menées par des services d'incendie et de projets spéciaux entrepris par des groupes comme l'Université de Toronto ou les femmes des Blue Jays de Toronto dans le cadre de Strikeout Hunger.

L'article en question relève également ce fait:

Environ 30 p. 100 des aliments de la banque Daily Bread ont été donnés par des particuliers l'année dernière, comparativement à 5 p. 100 en 1985. Le reste est venu

comme je l'ai noté précédemment:

de l'industrie alimentaire, et comprenait des produits laitiers périmés invendables, c'est-à-dire qui n'avaient pas pu être vendus dans le délai prescrit, ainsi que des denrées mal emballées ou endommagées, mais quand même propres à la consommation.

Enfin l'article affirmait:

Les banques alimentaires doivent doubler le nombre de leurs bénévoles au cours des six prochains mois si elles veulent pouvoir répondre aux demandes de nourriture. L'année dernière, 20 organismes ont été ajoutés à la liste de distribution.

Voilà qui confirme bien l'ampleur du problème, lequel n'existait pas, comme je l'ai dit, avant 1980. Et en dépit de l'amélioration de la conjoncture, le phénomène des banques alimentaires semble devenir permanent.

Le problème n'existe pas qu'à Toronto. Sous les auspices du Conseil canadien de développement social, Graham Riches a publié récemment un ouvrage intitulé *Food Banks and the Welfare Crisis*.

Il note la montée des banques alimentaires et souligne qu'en 1985, par exemple, soit la dernière année pour laquelle il existe des statistiques, il y avait quelque 94 banques alimentaires au Canada. Contre 75 l'année précédente. Et, je le répète, il n'y a pas que Toronto qui est en mauvaise posture. En 1985, il y avait quatre banques alimentaires en Nouvelle-Écosse, six au Nouveau-Brunswick, deux au Québec, neuf en Ontario, une au Manitoba, cinq en Saskatchewan, quatorze en Alberta et cinquante-trois en Colombie-Britannique. Le phénomène est d'ampleur nationale. Il est loin d'être localisé.

L'examen de la situation, et l'ouvrage de M. Riches m'ont amené à me reposer un certain nombre de questions, et à me demander, entre autres, si le chômage est vraiment la racine du mal. Je ne comprends pas que le chômage diminue alors que le nombre de banques alimentaires augmente. Est-ce parce que les gens s'inquiètent de voir que les restaurants, les grossistes en



[Texte]

whole lot of wasted food out there in the restaurants or in the food wholesalers or whatever? There was a time last year when truckloads of potatoes from New Brunswick were delivered to Toronto food banks, for instance. Those potatoes would otherwise have just been wasted in the system, apparently. Is that one of the big things stimulating the growth of food banks?

Is it the question of reductions, or not enough being paid in the way of social assistance? There is some indication that when shelter allowances in one province were cut back in 1983, that sparked a growth of food banks in that particular province. But there still seem to be a growing number of these things, even though perhaps social assistance has been going up and the number of people needing it has been going down.

Is it that people are just poor managers? Is it that there are delays in receiving social assistance? Are we creating a permanent dependency on these food banks? Maybe people really do not need them, but they are deciding to make use of them anyway. There are a great many phenomena here, and a great many questions, it seems to me—

**Mrs. Finestone:** You just got re-elected.

**Mr. Redway:**—that have to be borne in mind.

One statement in Mr. Riches's book here that I thought should be drawn to your attention is a statement on page 54 where he says it is little wonder that, as Statistics Canada in 1983 reported, family food expenditures in Canada showed that persons in the two lowest income deciles spent on food only half what Agriculture Canada reported a nutritious food basket should cost for a family of four. There are a lot of questions out there that relate to this area.

Another question the committee is going to have address is whether there is some sort of federal involvement in this. Is this not a municipal or a provincial phenomenon? As you are aware, Mr. Chairman, under the Canada Assistance Plan half of all the social services provided by the provincial governments are provided by funds that come from Ottawa; and funds that come from the federal government. The preamble of the legislation that provides for the Canada Assistance Plan indicates that the Parliament of Canada intends that the cost-shared federal dollars are to provide adequate benefits. So if in fact what is happening is that food banks are a phenomenon of inadequate benefits, then certainly there is a federal involvement in the process.

• 1000

I just wanted to highlight another aspect of this. I had indicated in my letter that in addition to the Canada Assistance Plan legislation, we are a signatory to the United Nations International Convention on Economic, Social and Cultural Rights, and Article 2 of the covenant reads that the states, parties to the present covenant:

[Traduction]

alimentations et d'autres groupes gaspillent beaucoup d'aliments? L'année dernière, par exemple, des pommes de terre du Nouveau-Brunswick ont été livrées par camions complets aux banques alimentaires de Toronto. À l'intérieur du système, ces pommes de terre auraient été gaspillées. Ce facteur contribue-t-il à l'augmentation du nombre de banques alimentaires?

Ou encore, la situation est-elle due aux compressions, au fait que l'aide sociale n'est plus suffisante? Il y a des données qui indiquent que lorsqu'une province a réduit ses allocations au logement en 1983, il y a eu augmentation du nombre de banques alimentaires à l'intérieur de son territoire. Ce qui est certain, c'est que le phénomène est de plus en plus manifeste, malgré le fait que l'aide sociale s'est accrue de façon générale et que le nombre des assistés a diminué.

Les gens sont-ils simplement mauvais administrateurs? Y a-t-il des retards dans l'octroi de l'aide sociale? Une accoutumance aux banques alimentaires est-elle en train de se développer? Les gens y ont peut-être recours même s'ils n'en n'ont pas vraiment besoin. Il peut y avoir toute une série de facteurs. . .

**Mme Finestone:** Vous venez d'être réélu.

**M. Redway:** . . . qui interviennent.

Il y a une constatation de M. Riches qui mérite d'être soulignée. Elle se trouve à la page 54 de son ouvrage. Il fait valoir que la situation n'est pas surprenante compte tenu du fait que, tel que le signalait Statistique Canada en 1983, les personnes qui se trouvaient dans les deux déciles des revenus les plus faibles au Canada dépensaient seulement la moitié de ce que devait coûter le panier d'aliments nutritifs pour une famille de quatre personnes, selon Agriculture Canada. Ce pourrait être l'explication d'une partie du phénomène.

Le comité doit également se demander si le gouvernement fédéral a un rôle à jouer à cet égard. La situation concerne-t-elle seulement l'échelon municipal et l'échelon provincial? En vertu du Régime d'assistance publique du Canada, comme vous le savez très bien, monsieur le président, la moitié de tous les services sociaux fournis par les gouvernements provinciaux sont financés à même les fonds qui viennent d'Ottawa, du gouvernement fédéral. Et le préambule de la loi qui crée le Régime d'assistance publique du Canada établit clairement l'intention du Parlement de veiller à ce que la part du gouvernement fédéral serve à fournir des services adéquats. Donc, si le phénomène des banques alimentaires reflète un trop bas niveau de prestations, le gouvernement fédéral peut intervenir.

Je tenais simplement à ajouter un autre point important. J'avais indiqué dans ma lettre qu'en plus de la loi régissant le Régime d'assistance publique, nous avons ratifié la Convention internationale des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels et que l'article 2 de cette convention stipule que les États signataires:



[Text]

... recognize the right of everyone to an adequate standard of living for himself and his family, including adequate food, clothing and housing.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** A point of order, Mr. Chairman. I do not mean to interrupt my colleague, but with all due respect, I think we are pressed for time this morning. We have a number of witnesses waiting here on our main issue. We have less than an hour to go to hear from two organizations, one of which has already been put off once before. So I want to ask the Chair if perhaps he can ask Mr. Redway to move along quickly.

**The Chairman:** Yes. The Chair would observe that we did allow Mr. Redway 15 minutes. I think he has had about 15 minutes now. If you could bring it to a conclusion, Mr. Redway, we would appreciate it.

**Mr. Redway:** Fine, Mr. Chairman. I apologize for taking more time than I should here.

I just want to sum up by saying that I do feel there is a federal involvement here, both as a result of the Canada Assistance Plan, the UN Convention, a recent case in the Supreme Court of Canada, which I referred to in my letter, the Finlay case, which gave a disabled person the right to sue the federal government under that Canada Assistance Plan legislation.

So there is federal involvement in this, and it is for all of these reasons, because it is a new phenomenon, because it is a troubling phenomenon, because to my mind it tends to give Canada the appearance of a Third World country, that I feel the committee should undertake a study of the problem and I would ask you to seriously consider doing so.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Redway. We appreciate your interesting presentation. We might allow one quick question from each member here, if you wish. Mrs. Finestone.

**Mrs. Finestone:** Thank you, Mr. Chairman. I think perhaps rather than one quick question, because the issue is such a deep and concerning one, I really prefer to thank Mr. Redway for coming to present a very thoughtful look at some serious social issues. It is a national phenomenon and I think that the heightened awareness that has been placed on food and access to food and the needs of growing families, particularly young families, because in my riding the issue is the line-up of single-parent mothers and young people from 18 to 25, and I have visited there often.

I would like to strongly support the recommendation by Mr. Redway, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much. Mr. Turner, any comments?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I have some questions, but in the interests of time I think I will put them privately to Mr. Redway. I might suggest to him that he

[Translation]

... reconnaissent à chacun le droit à un niveau de vie décent pour lui-même et sa famille, y compris une nourriture, des vêtements et un logement décents.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'invoque le Règlement, monsieur le président. Je ne voudrais pas interrompre mon collègue, mais sauf votre respect, nous sommes pressés par le temps. Il y a d'autres témoins qui attendent leur tour pour la deuxième partie de notre réunion. Il nous reste moins d'une heure pour entendre ces deux organisations, et le témoignage de l'une a déjà été reporté. J'aimerais donc que la présidence demande à M. Redway de s'activer un peu, si possible.

**Le président:** Oui. Je vous ferai remarquer que nous avons accordé 15 minutes à M. Redway. Je crois que ses 15 minutes sont pratiquement terminées. Si vous pouviez conclure, monsieur Redway, nous vous en serions reconnaissants.

**M. Redway:** Très bien, monsieur le président. Je m'excuse d'avoir été plus long que je n'aurais dû l'être.

Je conclurais simplement en disant que, compte tenu du Régime d'assistance publique, de la Convention des Nations Unies, de la décision de la Cour suprême autorisant une personne handicapée à poursuivre le gouvernement fédéral en vertu de la Loi sur le régime d'assistance publique, l'affaire Finlay dont je parle dans ma lettre, j'estime que le fédéral a certaines responsabilités.

C'est pour toutes ces raisons et parce qu'il s'agit d'un phénomène nouveau, d'un phénomène troublant, et parce qu'à mes yeux cela tend à donner au Canada une apparence de pays du Tiers monde, que j'estime que ce Comité devrait étudier ce problème et que je vous inviterais à y réfléchir sérieusement.

**Le président:** Je vous remercie infiniment, monsieur Redway, de cet exposé fort intéressant. J'autoriserais chaque membre à poser une petite question, s'il le désire. Madame Finestone.

**Mme Finestone:** Merci, monsieur le président. Plutôt que de poser une petite question compte tenu de l'importance et de la gravité de ce problème, je préférerais remercier M. Redway de nous l'avoir présenté en des termes aussi réfléchis et éloquents. C'est un phénomène national et je crois que la publicité donnée au problème de l'alimentation, aux besoins des familles, surtout des jeunes familles—ayant moi-même constaté dans ma propre circonscription le nombre de mères célibataires et de jeunes de 18 à 25 ans faisant la queue pour les banques d'alimentation—est tout à fait opportune.

La recommandation de M. Redway a mon appui plein et entier, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup. Monsieur Turner, des commentaires?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'ai quelques questions à poser mais comme le temps nous manque je les poserais en privé à M. Redway. Je me permettrais simplement de

[Texte]

arranges somehow to get some of these questions on the Order Paper. I think he might get some more effective responses in the House as well on some of them.

**The Chairman:** Mr. Redway, on behalf of the committee may I thank you again for being with us today. We appreciate having colleagues come. It is nice when we can have witnesses in that fashion, and we welcome you to stay with us now as a member of this committee.

**Mr. Redway:** Thank you, Mr. Chairman. I appreciate this. I look forward to it, sir.

**The Chairman:** Next is Mr. Paul Welsh. Mr. Welsh, I believe you are back with us for the second time. We unfortunately did not have adequate time to question you on your last visit. We welcome you back again, and perhaps you would like to introduce who you have with you, a colleague I believe.

**Mr. Paul Welsh (Executive Director, Rideauwood Institute):** With me is Sam Waldner. Sam is one of the professional staff at Rideauwood Institute. He specializes in counselling with chemical dependencies related to street drugs. Mr. Waldner is a recovering chemically dependent person himself.

I thought what I would do to refresh the memories of the members is quickly go through the presentation from last time and then field any questions there might be.

I would just like to mention that the Rideauwood Institute is a non-residential treatment agency for chemical dependencies, which includes alcohol, prescription drugs and street drugs. We have a clientele of about 250 adults and teenagers per year, and a non-residential treatment program which lasts about two years.

To begin, just to establish a basis, the issue of addiction and drug abuse is fraught with considerable misinformation and misunderstanding. Decisions which are based on faulty bases will logically be faulty and the consequences, at best, are expensive action yielding poor results and, at worst, the results would be harmful, so some basic information is going to be presented here as a platform for the submission.

• 1005

All mood-altering chemicals can result in dependence or addiction. We will use the term "chemical dependence" to describe dependence to mood-altering chemicals as a class of drugs.

A chemically dependent person is a person who continues to use mood-altering chemicals even though it interferes with some area of that person's life, i.e., family

[Traduction]

lui suggérer d'en inscrire quelques-unes au *Feuilleton*. En saisir directement la Chambre pourrait s'avérer encore plus efficace.

**Le président:** Monsieur Redway, au nom du Comité permettez-moi encore une fois de vous remercier d'être venu. Nous apprécions les visites de nos collègues. Entendre des témoins de cette manière est agréable et nous vous souhaitons la bienvenue comme nouveau membre de notre Comité.

**M. Redway:** Merci, monsieur le président. J'apprécie vos propos et j'ai hâte de travailler avec vous, monsieur.

**Le président:** Notre témoin suivant est M. Paul Welsh. Monsieur Welsh, je crois que c'est la deuxième fois que vous êtes parmi nous. Malheureusement, lors de votre dernière visite il ne nous restait pas assez de temps pour vous poser des questions. Nous vous souhaitons de nouveau la bienvenue, et vous voudrez peut-être nous présenter la personne qui vous accompagne, un de vos collègues, je crois.

**M. Paul Welsh (directeur exécutif, Rideauwood Institute):** Je suis accompagné de Sam Waldner. Sam fait partie du personnel professionnel du *Rideauwood Institute*. Il est spécialisé dans les dépendances chimiques provoquées par les drogues illégales. M. Waldner a lui-même été la victime de dépendances chimiques.

J'ai pensé qu'afin de vous rafraîchir la mémoire il serait bon que je fasse un rapide résumé de ce que je vous avais dit la dernière fois puis je répondrai à vos questions s'il y en a.

Permettez-moi simplement de vous rappeler que le *Rideauwood Institute* est un centre de traitement sur consultation des dépendances chimiques provoquées par l'abus d'alcool, de médicaments sur ordonnance et de drogues illégales. Nous avons une clientèle d'environ 250 adultes et adolescents par année et un programme de traitement sur consultation qui dure environ deux ans.

Pour commencer, je poserai comme prémisse que les deux plus grands ennemis des problèmes de toxicomanie sont l'ignorance et l'incompréhension. Les décisions fondées sur des hypothèses fautives ne peuvent en toute logique qu'être fautives et leur conséquences sont des mesures onéreuses, au mieux, pour des résultats médiocres et, au pire, pour des résultats nocifs. Je me propose donc de vous présenter certaines informations essentielles pour étayer mon exposé.

Tous les produits chimiques modifiant le comportement peuvent entraîner une dépendance ou une toxicomanie. Nous utiliserons le terme «dépendance chimique» pour décrire la dépendance provoquée par les produits chimiques modifiant le comportement et considérés comme des drogues.

Une personne victime de dépendance chimique est une personne qui continue à utiliser des produits chimiques modifiant le comportement même s'ils ont une influence



## [Text]

problems, employment problems, physical, psychological or spiritual problems over which they have no control.

In Ontario in 1983, \$1.6 billion was taken in revenues, taxes, for alcohol, tobacco and drug sales tax. That same year, Ontario spent \$7.1 billion in health and social service costs related to substance abuse.

Clearly, the cost of chemical dependency is a disaster in our society and to our economy. Millions of dollars are spent each year to send clients and patients for treatment to alcohol and drug dependency to the United States. We do not have adequate facilities to treat them here. In eastern Ontario each year \$2.5 million in OHIP money is spent sending people to the United States for treatment. That is just in eastern Ontario.

It is a shame that current and previous political wills have so seriously underfunded Canadian treatment services. Given the costs, we can only assume there is a serious lack of knowledge which leads to such a serious drain of our finances and human energy as a result of the physical and emotional misery caused by chemical dependence.

Our most severe chemical dependence problem in Canada is alcoholism. It affects 10% to 15% of Canada's population from Prime Ministers and Cabinet Ministers down to doctors, priests, housewives, students, the working poor and the unemployed.

Alcohol is directly connected to the majority of fatal car accidents. Fatal car accidents are the primary cause of death for people under the age of 35 in Canada. Alcohol is related to the majority of suicides, which is the second major cause of death to people under 35 in Canada.

There are very high correlations between wife assault, incest, other child abuse, absenteeism, crime, work performance problems, marital breakdown and medical problems which are related to alcohol. Alcohol and drug-related crime probably account for the majority of police efforts—not strictly in enforcing drug laws, but in the whole constellation of police activity around behaviour which supports or is related to abuse and chemical dependence; prostitution, break-and-enter, that sort of thing.

Prescription drugs are the second most commonly used mood-altering drug in Canada. Eighty percent of tranquilizers are prescribed to women; in fact, most women seeking treatment for chemical dependency are what we call cross-addicted, meaning they have an addiction to alcohol and also to prescription drugs.

These dependency-producing mood-altering drugs are liberally prescribed. At a recent meeting of the Canadian Psychiatric Association, new research showed that in Winnipeg, for example, 20% of all women had used tranquilizers in the previous two weeks and 15% of all

## [Translation]

involontaire et incontrôlée sur ses problèmes familiaux, sur ses problèmes professionnels, sur ses problèmes physiques, psychologiques ou spirituels.

En 1983, les recettes et les taxes sur l'alcool, le tabac et les médicaments ont rapporté 1,6 milliards de dollars à l'Ontario. Cette même année, les abus ont coûté 7,1 milliards de dollars à l'Ontario en services sanitaires et sociaux.

Il est clair que le coût de la dépendance chimique est désastreux pour notre société et notre économie. Chaque année, des millions de dollars sont dépensés pour envoyer des clients et des patients se faire traiter pour alcoolisme et pour toxicomanie aux États-Unis. Nous n'avons pas l'équipement nécessaire au Canada. Dans l'est de l'Ontario, l'OHIP dépense chaque année 2,5 millions de dollars pour couvrir le traitement de patients envoyés aux États-Unis. Ce n'est que l'est de l'Ontario.

Il est honteux que les gouvernements passés et présents n'aient pas eu la volonté politique de financer des centres de traitement canadiens. Compte tenu de ce coût, il faut en attribuer la responsabilité à une ignorance profonde de la misère physique et psychique que provoque la dépendance chimique et qui grève tout à la fois nos finances et notre énergie.

Au Canada, le problème de dépendance chimique le plus grave est celui de l'alcoolisme. Il touche de 10 à 15 p. 100 de la population canadienne, des premiers ministres et des ministres aux médecins, aux prêtres, aux ménagères, aux étudiants, aux prolétaires et aux chômeurs.

La majorité des accidents mortels de la route est directement liée à l'alcoolisme. Les accidents de la route sont la première cause de mortalité chez les moins de 35 ans au Canada. L'alcoolisme est lié à la majorité des suicides qui est la deuxième cause majeure de mortalité chez les moins de 35 ans au Canada.

Les problèmes de femmes, d'enfants battus, d'incestes, d'absentéisme, de crimes, de travail, de divorces et de santé sont toujours plus ou moins liés à l'alcoolisme. Les problèmes d'alcoolisme et de drogue occupent probablement le plus clair du temps des policiers—et pas uniquement parce qu'ils doivent faire respecter les lois antidrogues mais parce qu'ils doivent intervenir en permanence pour réprimer des comportements liés à ces abus ou provoqués par cette dépendance chimique: la prostitution, les vols par effraction, entre autres choses.

Ensuite viennent les médicaments sur ordonnance, deuxième source la plus communément utilisée au Canada pour modifier le comportement. Quatre-vingt p. 100 des tranquillisants sont prescrits à des femmes; en fait, la majorité des femmes qui veulent se faire traiter pour dépendance chimique souffrent à la fois d'alcoolisme et de toxicomanie.

Ces médicaments de modification du comportement créant une dépendance sont prescrits sans contrôle. Lors d'une récente réunion de l'Association canadienne des psychiatres, de nouvelles recherches ont démontré qu'à Winnipeg, par exemple, 20 p. 100 de toutes les femmes



[Texte]

women in Etobicoke had used tranquilizers in the previous two days.

Now, tranquilizers are highly addictive drugs. Many of those women were addicted to tranquilizers and many also to alcohol. The health and the social costs for those chemicals shows little difference from dependency on street drugs and alcohol.

The next category of mood-altering and chemical dependence-producing drugs is street drugs which per capita, as I mentioned, is the smallest chemical dependence problem that we have.

Cannabis products such as marijuana and hashish, cocaine, LSD, speed and various other, as they are being called, new "designer drugs" present problems which are statistically more rare in comparison to prescription drugs and to alcohol. This is probably because prescription drugs and alcohol are socially, medically and legally sanctioned today.

Research is clearly and consistently showing that chemical dependency is a serious problem amongst young people, but that street drugs are only a small part of the problem.

The majority of teens with chemical dependence problems use alcohol to a harmful extent far more than any other chemicals. The effects and consequences to health and life from alcohol and street drugs are essentially the same, as are the issues related to treatment. Recent Ontario figures showed that street drugs are in fact less of a problem now, especially for teenagers, than they were in the 1970s. The use of the term "drug crisis" is perhaps useful for political purposes, but it is harmful in the misconceptions it fosters. Our greatest health and social problem in Canada is chemical dependency; it is not street drugs.

• 1010

I have to add a word here in terms of public statements regarding alcohol and drugs and real political will. You have all heard about President Reagan's speeches about the war on drugs. I would like to point out to you that within four months of his speech about a war on drugs, he submitted a budget which cut \$913 million from drug education, prevention and treatment programs. What I am pointing out is that this is too big a problem to be treated merely as a political football. This is my perspective as someone who is involved in treatment.

Since chemical dependency problems are for the majority not street drugs, legislative action and greater enforcement are not the key to intervention in this massively costly health problem. Street drugs are currently the target of legislative and police focus, and they have not

[Traduction]

avaient utilisé des tranquillisants pendant les deux semaines précédentes et que 15 p. 100 de toutes les femmes d'Etobicoke avaient utilisé des tranquillisants pendant les deux jours précédents.

Les tranquillisants créent une forte dépendance. Nombre de ces femmes se droguaient aux tranquillisants et nombre d'entre elles également à l'alcool. Le coût social et sanitaire de ces produits chimiques est fort peu différent de celui des drogues illégales et de l'alcoolisme.

La catégorie suivante de drogues modifiant le comportement et créant une dépendance chimique est celle des drogues illégales qui par tête d'habitants, comme je l'ai déjà dit, représentent notre plus petit problème de dépendance chimique.

Les produits du cannabis tels que la marijuana, le hashish, la cocaïne, le LSD, le speed et diverses autres nouvelles *designer drugs* comme on les appellent, présentent des problèmes qui statistiquement sont plus rares comparés à ceux des médicaments sur ordonnance et de l'alcoolisme. C'est probablement parce que les médicaments sur ordonnance et l'alcool sont sanctionnés socialement, médicalement et légalement de nos jours.

Les recherches démontrent sans équivoque que la dépendance chimique est un problème grave chez les jeunes mais que les drogues illégales ne constituent qu'une petite partie du problème.

La majorité des adolescents ayant des problèmes de dépendance chimique se font beaucoup plus de mal avec l'alcool qu'avec tout autre produit chimique. Les conséquences de l'alcool et des drogues illégales sur la vie et la santé sont pour l'essentiel les mêmes tout comme les questions liées au traitement. Des chiffres récemment publiés en Ontario démontrent que les drogues illégales posent un problème moindre aujourd'hui, surtout chez les adolescents, qu'elles n'en posaient dans les années 1970. Parler de crise de la drogue est peut-être utile sur le plan politique mais contraire à l'intérêt public. Notre plus grand problème sanitaire et social au Canada est la dépendance chimique, pas les drogues illégales.

Je me dois d'ajouter un mot sur les déclarations publiques concernant l'alcool et la drogue et la réalité de la volonté politique. Vous avez tous entendu les déclarations de guerre à la drogue du président Reagan. Permettez-moi de vous rappeler que quatre mois après sa déclaration de guerre à la drogue, il a proposé un budget réduisant de 913 millions de dollars les programmes d'éducation, de prévention et de traitement consacré à la drogue. C'est un problème beaucoup trop important pour qu'il soit réduit à un simple argument politique. Vivant ce problème quotidiennement, je trouve cette attitude inadmissible.

Étant donné que les problèmes de dépendance chimique ne sont pas dus pour leur majorité à l'abus de drogues illégales, légiférer et réprimer ne sont pas la solution à ce problème de santé qui nous coûte une fortune. Les législateurs et la police font porter tous leurs efforts sur les

## [Text]

solved this problem to date. Prohibition in the 1920s was also largely unsuccessful in arresting the problems of chemical dependency.

Research today shows that one-third of chemically dependent people will recover the first time they seek treatment. Another third will eventually recover after several attempts at treatment, and one-third will not recover. These statistics are produced in a situation where treatment is dramatically underfunded. Virtually all treatment services across the country have waiting lists of months duration. For example, the Royal Ottawa Hospital here has an alcohol and drug treatment unit with a waiting list of four months. Our waiting list is approximately one month.

If adequate treatment resources were available, earlier response to calls for help and earlier intervention before chronic chemical dependency develops could dramatically improve recovery results for millions of Canadians. We are talking about millions of Canadians; remember, approximately 15% of all Canadians are addicted to alcohol, another 4% or 5% to prescription drugs and another 3% or 4% to street drugs.

Between 50% and 80% of those who have alcoholic parents will become alcoholic or drug dependent or marry someone who is drug dependent. The problem here is that chemical dependence begets chemical dependency. Treatment, however, arrests the disease and prevents further consequences.

I am going to make a brief mention here of drug testing, because it seems to be a hot topic these days. My personal opinion is that drug testing is not a strategy worth following up. First of all, drug testing is not used to test for alcohol, which is our biggest chemical-dependence problem. It is not often effective in tracking down problems with prescription drugs, because they are medically and legally sanctioned. What a urine test for drugs will tell you is not whether or not the person is chemically dependent. It may tell you whether or not the person has used a drug in the previous four to six weeks: one use doth not a chemical dependence make.

Many patent and across-the-counter medicines will show positive results to these drug tests. It is an unreliable, poorly considered approach to dealing with the problem at this point. However, we do have some recommendations to make. They are fairly simple. They would be a little more costly initially but in the long term would save billions and billions of dollars.

Our first suggestion is to fund provincial health and social services through the Canada Assistance Plan to dramatically expand treatment services. An initial influx

## [Translation]

drogues illégales et ils sont loin d'avoir résolu le problème. La prohibition dans les années 20 a été également loin de mettre fin au problème de la dépendance chimique.

Les recherches démontrent qu'un tiers des victimes de dépendance chimique sont guéries après le premier traitement. Un autre tiers finit par guérir après plusieurs traitements et un dernier tiers ne guérit jamais. Ces statistiques sont produites dans un contexte de manque cruel de fonds pour les traitements. Presque tous les centres de traitement de notre pays ont des listes d'attente de plusieurs mois. Par exemple, l'Hôpital Royal d'Ottawa a une unité de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dont la liste d'attente est de quatre mois. Notre liste d'attente est d'environ un mois.

Si des ressources suffisantes étaient disponibles, en répondant plus tôt aux appels à l'aide et en intervenant plus tôt avant que ne se développe une dépendance chimique chronique, nous pourrions améliorer le nombre de guérisons d'une manière spectaculaire pour des millions de Canadiens. Nous parlons de millions de Canadiens; n'oubliez pas qu'environ 15 p. 100 des Canadiens sont alcooliques, que 4 ou 5 autres p. 100 souffrent de dépendance de médicaments sur ordonnance et que 3 ou 4 autres p. 100 souffrent de toxicomanie.

Entre 50 et 80 p. 100 de ceux dont les parents sont alcooliques deviendront eux-mêmes alcooliques ou toxicomanes ou épouseront un toxicomane. Le problème est que l'absorption de produits chimiques entraîne la dépendance chimique. Cependant, les traitements stoppent la maladie et préviennent d'autres conséquences.

Permettez-moi de vous parler un instant des tests de dépistage puisque c'est un sujet qui semble être à la mode en ce moment. Personnellement, j'estime que le dépistage est une technique qui ne vaut pas grand-chose. Premièrement, on ne s'en sert pas pour dépister l'alcoolisme qui est notre plus gros problème de dépendance chimique. Il est rare qu'on arrive à dépister les problèmes posés par les médicaments sur ordonnance puisqu'ils sont sanctionnés médicalement et légalement. Une analyse d'urine ne peut pas vous dire si une personne est oui ou non chimiquement dépendante. Elle peut vous dire si oui ou non cette personne a absorbé une drogue au cours des quatre ou six semaines précédentes: une seule absorption ne crée pas la dépendance chimique.

Nombre des médicaments brevetés et en vente libre donnent des résultats positifs quand on procède à ces analyses. Quant à la conjoncture actuelle, cette méthode laisse beaucoup à désirer et elle est, au mieux, très aléatoire. Il reste que nous avons quelques recommandations à faire. Elles seront assez simples. Au départ, cela coûterait un peu plus mais, à long terme, elles permettraient d'épargner des milliards et des milliards de dollars.

Nous proposons premièrement que le Régime d'assistance publique finance l'établissement de nouvelles unités de traitement dans les services sanitaires et sociaux.



[Texte]

of moneys in this area would see future cost reductions of a very broad scale in health and social services.

Secondly, we suggest you embark on large-scale public education campaigns. Consider that in Canada today there are approximately 1,000 victims of AIDS, and we have a rather large publicity campaign coming up. Granted, it will expand in the future, but we are also talking about 15% to 20% of our population with chemical dependency, and there is no effective national education campaign. I do not believe Health and Welfare Canada has spent any money in the past year on drug education. This is second-hand information, but it is an interesting point.

Our second point is to embark on a large-scale public education campaign. The recent drinking and driving campaigns have created large-scale behavioral changes. They have really changed behavior in our society. These campaigns should focus on all mood-altering chemicals. They should also be realistic and not rely on scare tactics which are obviously inaccurate. This prevention would eventually reduce the incidence of chemical dependency in the future and reduce the need for treatment services.

• 1015

Our third recommendation is that there be provision for greater availability of quality Canadian-based training and education with regard to the issues of chemical dependency. This training should be for physicians, social workers, nurses, educators and the legal professions to facilitate earlier recognition and therefore more successful treatment in many cases.

Lastly, we recommend that there be some provision for greater availability of Canadian-based training and information sharing for chemical dependency professionals working in the social and health fields to enable greater quality of information and co-ordinated action across the country.

I think that is probably it, but I would just like to point out that in the last two recommendations, we are talking about a Canadian base. The situation in Canada is very different from that in the United States. The fact that we have to send so many people to the United States for treatment is only compounded, and certainly aggravates my frustration, when it also requires that we send professionals to the United States to get good training, and that should not be so.

I now invite your questions and comments, ladies and gentlemen.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Welsh. I appreciate your presentation and your review. I recognize Mr. Turner for 10 minutes and then Mrs. Finestone.

[Traduction]

des provinces. Un apport financier initial dans ce domaine permettrait à long terme de réduire l'ensemble des coûts des services sanitaires et sociaux.

Deuxièmement, nous vous suggérons de lancer à l'échelle du pays une campagne d'éducation publique. Au Canada, nous comptons aujourd'hui environ 1,000 victimes du SIDA et une campagne de publicité assez importante est sur le point d'être lancée. J'admets que ce nombre va augmenter mais, dans le cas qui nous concerne, il s'agit de 15 à 20 p. 100 de notre population qui sont victimes de dépendance chimique, et il n'y a pas de campagne nationale d'éducation digne de ce nom. Sauf erreur, Santé et Bien-être Canada n'a pas investi un dollar dans une campagne d'éducation sur les drogues l'année dernière. C'est ce qu'on m'a rapporté officieusement, mais c'est intéressant à noter.

Il faut lancer une campagne d'éducation du public à l'échelle du pays. Les récentes campagnes sur l'alcool au volant sont à l'origine de changements de comportement généralisés. Elles ont véritablement modifié les comportements dans notre société. Ces campagnes devraient porter sur tous les produits chimiques modifiant le comportement. Elles devraient également être réalistes et ne pas faire jouer la peur qui n'apporte que des résultats approximatifs. Cette campagne de prévention finirait par réduire l'incidence de la dépendance chimique à l'avenir et par réduire le besoin de centres de traitement.

Troisièmement, nous recommandons que des dispositions soient prises pour que soit facilité l'accès à des cours de formation et d'éducation dispensés par des Canadiens compétents sur ces questions de dépendance chimique. Cette formation devrait s'adresser aux médecins, aux travailleurs sociaux, aux infirmières, aux éducateurs et aux juristes pour accélérer le processus de dépistage et, en conséquence, assurer le succès du traitement dans de nombreux cas.

Pour finir, nous recommandons que des dispositions soient prises pour que les professionnels de la dépendance chimique oeuvrant dans les domaines sociaux et sanitaires aient plus facilement accès à des cours de formation et à des centres de renseignement canadiens afin qu'ils puissent mieux coordonner leurs actions.

Je crois que c'est à peu près tout, mais j'aimerais répéter que nos deux dernières recommandations se situent dans une optique canadienne. La situation au Canada est très différente de celle aux États-Unis. Le fait que nous devons envoyer tant de gens aux États-Unis pour se faire traiter, d'une part aggrave ma frustration, mais devient intolérable quand on sait également que nous devons envoyer nos professionnels aux États-Unis pour qu'ils reçoivent une bonne formation.

Je suis maintenant prêt à répondre à vos questions et à entendre vos commentaires, mesdames et messieurs.

**Le président:** Merci infiniment, monsieur Welsh. Merci de ce tour d'horizon. Monsieur Turner, 10 minutes, puis M<sup>me</sup> Finestone.



[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Welsh, what is the budget for the Rideauwood Institute?

**Mr. Welsh:** We are funded to the extent of \$375,000 from the Ontario Ministry of Health for adult programs, which serves those 16 years and up. We also have a purchase of service agreement with the regional social services for \$29,000, which allows us to treat teenagers under 16 who are from low-income families. However, we receive no funding to treat most of our teenagers under 16, and that just has to be absorbed in order to get the job done.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** So a ballpark figure is \$400,000.

**Mr. Welsh:** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You mentioned that in eastern Ontario alone, \$2.5 million of OHIP money was spent for treatment in the United States. You would preferably like to see that spent in Ontario, I assume.

**Mr. Welsh:** Yes, and it will also create jobs here in Ontario.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** That is right. In other words, you are underlining the fact that adequate facilities are not available in this part of Ontario.

**Mr. Sam Waldner (Counsellor, Adult Addictions, Rideauwood Institute):** It is very limited in Ontario. As a professional in the field, I see patients every day, assess their situations and try to find an appropriate facility for them, but their needs are often greater than what we can give them, so we need to quickly refer them to an appropriate spot. I have to refer them to an American facility because I can get them in quickly, within a few days. However, if I am looking to get them some help in Ontario, it can be a wait of anywhere up to three months and the client just cannot wait that long because the need is that great.

**Mr. Welsh:** Another frustration here is that the system in the United States is one where most of those treatment agencies are profit oriented, but the ones in Canada are not for profit.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** In comparison, what you are saying is that they have more facilities in the United States. Is the problem as acute there as it is here, in a Canadian context?

**Mr. Welsh:** Yes.

**Mr. Waldner:** Very much so. Paul was talking about a statistic of 15% of the population which is valid for both the United States and for Canada. So per capita, it is the same thing and we are looking at the same issue.

It saddens me because I will send many of my clients to a facility called Bry-Lin Hospital in Buffalo, New York, which is a profit-oriented facility and very smart. OHIP covers 75% of the charge there and they absorb the other

[Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur Welsh, quel est le budget du *Rideauwood Institute*?

**M. Welsh:** Le ministère ontarien de la Santé nous accorde 375,000\$ pour les programmes destinés aux adultes, c'est-à-dire aux plus de 16 ans. Nous avons également une entente d'achat de services avec les services sociaux régionaux pour 29,000\$, qui nous permet de traiter les adolescents de moins de 16 ans issus de familles à faible revenu. Cependant, nous ne recevons aucun financement pour traiter la majorité de nos adolescents de moins de 16 ans, et pour faire le travail nous nous débrouillons.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Donc, environ 400,000\$.

**M. Welsh:** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez dit que, dans la seule partie est de l'Ontario, l'OHIP couvrirait pour 2.5 millions de dollars de traitements aux États-Unis. Vous préféreriez que cet argent soit dépensé en Ontario, je suppose.

**M. Welsh:** Oui, et cela créerait également des emplois en Ontario.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Exactement. En d'autres termes, vous insistez sur le fait que cette région de l'Ontario manque d'installations.

**M. Sam Waldner (conseiller, Programme des adultes, Rideauwood Institute):** Il y en a très peu en Ontario. En tant que professionnel, je vois des patients tous les jours, je fais le bilan de leur situation, mais souvent ce qui leur est nécessaire dépasse ce que nous pouvons leur offrir et j'essaie de les orienter le plus rapidement possible sur le centre qui leur convient. Il faut que je les oriente sur des centres américains car les y faire admettre ne demande que quelques jours. Si j'essaie de les orienter sur un centre en Ontario, l'attente peut aller jusqu'à trois mois et c'est tout simplement impossible car le besoin de traitement est pratiquement immédiat.

**M. Welsh:** Aux États-Unis la majorité de ces centres de traitement sont à but lucratif alors qu'au Canada ils sont à but non lucratif, ce qui crée un problème supplémentaire.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Donc, comparativement, il y a plus de centres aux États-Unis. Le problème y est-il aussi aigu?

**M. Welsh:** Oui.

**M. Waldner:** Tout autant. Paul vous a cité ce chiffre de 15 p. 100 de la population qui est tout aussi valide pour les États-Unis que pour le Canada. Donc, proportionnellement, c'est la même chose et le même problème.

J'envoie nombre de mes clients à l'Hôpital Bry-Lin de Buffalo, dans l'État de New York, qui est institution à but lucratif dont les administrateurs sont très malins, et cela m'attriste. L'OHIP prend 75 p. 100 en charge et ils

[Texte]

25%, so it works out very well. About half of their patient population comes directly from Ontario, but my sense is that there is no need for that.

• 1020

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** My second question relates to employee assistance programs. I suppose that comes under the general chapter of prevention, as well. You talked about education, particularly of young people. What has been your experience in eastern Ontario, at least, with the adequacy or inadequacy of employee assistance programs? Do you think the government can possibly play a role in assisting businesses in enhancing or creating those kinds of programs?

**Mr. Welsh:** Many employee assistance programs are quite effective, and the most effective ones are the ones in which there is a strong degree of trust and co-operation between management and the employees. Very often it is workers' associations or unions.

We get a lot of referrals from employee assistance programs. I spoke to someone in a union a couple of days ago, a union that is trying to set up their own system. Employee assistance programs, particularly with respect to chemical dependency, are only as effective as the treatment resources which are available to them. They cannot treat a chemical-dependence problem within the workplace. All they can do is identify it, help the workers recognize there is a problem, and then refer them elsewhere.

These programs are often very, very effective. Certainly, the more such programs the better, the more people would be deriving benefit from early recognition and referral. I would support any effort to increase the number and the spectrum of organizations within which there are employee assistance programs. I do not know if that answers your question.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** It does. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Mrs. Finestone.

**Mrs. Finestone:** Thank you, Mr. Chairman.

Your funding, you said, comes from OHIP, but that is part of the CAP financing, is it not?

**Mr. Welsh:** Yes.

**Mrs. Finestone:** There has been a suggestion made that the level of recidivism is very high and that our treatment mechanisms have not been very successful in terms of long-term answers and solutions. I would like to know if you are talking about 15% of our population being chemically dependent. The Prime Minister talks about the fact that we are living in an epidemic society, and research has turned up a statement by a Dr. Ronald Siegel, a psychopharmacologist at UCLA, who says that the United States is a drug-dependent society.

You said that the 15% in Canada is the same as 15% in the United States. So you are therefore saying that this is a

[Traduction]

absorbent les 25 p. 100 restants. Cela marche donc très bien. Environ la moitié de leurs patients vient directement de l'Ontario, et j'ai le sentiment d'une injustice.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ma deuxième question porte sur les programmes d'aide aux employés. Je suppose que cela aussi relève de la prévention. Vous avez parlé de la sensibilisation, surtout chez les jeunes. Savons-nous si, dans l'est de l'Ontario à tout le moins, ces programmes sont suffisants. Pensez-vous que le gouvernement a un rôle à jouer pour aider les entreprises à créer ou à améliorer ces programmes?

**M. Welsh:** Beaucoup de programmes d'aide sont très efficaces; ceux qui marchent le mieux sont ceux dans lesquels la direction et les employés collaborent et se font confiance. Il s'agit souvent de syndicats ou d'associations de travailleurs.

Bien des employés nous viennent par le truchement de ces programmes d'aide. Un travailleur m'a dit récemment que son syndicat essayait de mettre sur pied son propre programme. Mais le succès de programmes de lutte contre la toxicomanie dépend entièrement des ressources dont ils disposent pour le traitement. Il leur est impossible de traiter un problème de toxicomanie en milieu de travail. Ces programmes servent seulement à constater le problème, à aider les travailleurs à en reconnaître l'existence, et à les orienter ailleurs.

Ces programmes marchent souvent très bien. Il va sans dire que plus il y a de programmes de ce genre, plus les gens tirent profit du dépistage précoce et de l'orientation. Je suis en faveur de toute mesure destinée à augmenter le nombre et l'éventail d'organismes qui ont ce genre de programme. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui. Merci beaucoup.

**Le président:** Merci, monsieur Turner. Madame Finestone.

**Mme Finestone:** Merci, monsieur le président.

Vous êtes financé par l'OHIP, mais cela fait partie du RAPC, n'est-ce pas?

**M. Welsh:** Oui.

**Mme Finestone:** On a laissé entendre que le taux de rechute était très élevé et que nos mécanismes de traitement ne parviennent pas à trouver des solutions à long terme. Parlez-vous des 15 p. 100 de la population qui sont en état de dépendance chimique? Le Premier ministre nous dit que notre société est aux prises avec une épidémie, et, selon nos recherches, un psychopharmacologue de UCLA affirme que la société américaine est une société de toxicomanes.

Vous avez dit que le pourcentage de 15 p. 100 est le même aux États-Unis qu'au Canada. Selon vous, le



[Text]

drug-dependent society, both with prescription drugs—over-the-counter drugs—and drugs you can buy in the grocery store. Is the problem accessibility, is the problem education and identification, or is the problem the fact that we have not really found the kind of rehabilitation programs that have long-term impact?

**Mr. Welsh:** There are a lot of questions there.

**Mrs. Finestone:** Well, take them one at a time. Number one, are we and the Americans a reflection of a drug-dependent society?

**Mr. Welsh:** A disturbingly large proportion of our society is chemically dependent.

**Mrs. Finestone:** Is it because there is easy access to over-the-counter, non-prescription drugs, as well as over-medication by the medical fraternity?

**Mr. Waldner:** It certainly is all those factors, but it is important to keep in mind that when we talk about the drug epidemic it is not a new concept. We have had a drug epidemic in this country since the beginnings of this country and the same thing with the United States. It is just that we tend to go through trends, and one year cocaine becomes the drug of choice and the drug the media tends to exploit and we talk about the evils of that drug.

But the fact is that on a per capita basis during the beginning of this century, there was an even higher rate of chemical dependency among the population, and accessibility certainly was a factor. People were using patent drugs left and right which were packed with opiates, and that was quite a common thing. Accessibility is one factor. Your question actually suggests the many reasons why this is happening.

• 1025

**Mrs. Finestone:** I think what I would really like to get at is recognizing it is there. It is a part of our psycho-social behaviour patterns in the society as a response to stress or whatever. You can name any one of a number of things. This being a given, and with the level higher or lower than 15%, what is the success rate, what is the research? Have we been innovative, or have we just simply said we will do it one to one, we will educate you, and that will be the prevention?

I just do not know if we have been very effective in the nature of the research we have done and if it will indicate the impact of our work on this population.

**Mr. Welsh:** I think we have been fairly innovative. There are many, many modes and approaches to treatment and many philosophies behind them, many of which are successful. The thing is, you cannot lump all people into one category and say a given treatment is the treatment that will work. There must be some variation.

As I mentioned, a third of the people seeking treatment today will recover the first time. Another third will recover after subsequent tries and a third will not recover. However, these statistics are derived from a situation in

[Translation]

Canada est donc aussi une société de toxicomanes, si l'on pense aux médicaments vendus sur ordonnance et les médicaments en vente libre. A quoi tient le problème? S'agit-il d'une trop grande facilité d'accès, d'informations et de dépistage, ou de programmes de réhabilitation aux résultats durables?

**M. Welsh:** Cela fait beaucoup de questions.

**Mme Finestone:** Eh bien, prenez-les une à la fois. D'abord, les Etats-Unis et le Canada sont-ils des sociétés de toxicomanes?

**M. Welsh:** Une proportion troublante de notre société vit dans un état de dépendance chimique.

**Mme Finestone:** Est-ce parce qu'il est trop facile d'avoir accès à des médicaments en vente libre, sans ordonnance, et que les médecins prescrivent trop de médicaments?

**M. Waldner:** Tous ces facteurs jouent. N'oublions pas cependant que l'usage épidémique des drogues ne date pas d'hier. Ce phénomène existe depuis la fondation du pays, comme aux Etats-Unis. Seulement, nous avons tendance à passer par des cycles, si bien qu'une année c'est la cocaïne qui est la drogue de prédilection dont les médias nous rebattent les oreilles et dont on dénonce les méfaits.

En réalité, au début du siècle, la dépendance chimique était encore beaucoup plus fréquente par tête d'habitant, et cela tenait certainement à la facilité d'accès. Les gens prenaient à tort et à travers des médicaments bourrés d'opiacés, et cela était très courant. La facilité d'accès est un facteur. Vous avez vous-même dans votre question énuméré les nombreux facteurs qui jouent.

**Mme Finestone:** Ce que je voudrais, c'est que l'on reconnaisse l'existence du problème. Cela fait partie des comportements psychosociaux en réaction au stress ou à d'autres phénomènes. Cela étant admis, et face à un taux de toxicomanie qui avoisine les 15 p. 100, quel est le taux de succès, quelles recherches fait-on? Avons-nous fait preuve d'innovation ou avons-nous simplement décidé de traiter chaque cas isolément au moyen de la réhabilitation et que c'est à cela que se bornera la prévention?

J'ignore si nos recherches ont abouti à quelque chose ou si elles ont eu des effets sur cette population.

**M. Welsh:** Je pense que nous avons manifesté pas mal d'innovations. Il y a un très grand nombre de formules de traitement, et bien des écoles de pensée, et beaucoup d'entre elles ont été couronnées de succès. Mais les gens ne tombent pas tous dans la même catégorie, et il est impossible de dire qu'une forme particulière de traitement sera celle qui marchera. Il doit y avoir des différences.

Comme je l'ai dit, le tiers de ceux qui vont se faire soigner se rétablit la première fois. Pour le deuxième tiers, la guérison arrive après plusieurs essais successifs, tandis que le troisième tiers ne se rétablira pas. Il faut



[Texte]

which treatment is really underfunded. If there were enough money to do the treatment, we do not know what the statistics would be in terms of recovery. We also know that the sooner you get to someone, the more effective it is.

**Mrs. Finestone:** You are saying that a second round will give us a two-thirds response and that we have a one-third basic core. In Britain, a Dr. Margaret Patterson has been working with the treatment programs based on neuroelectrotherapy. This is a technique that has evolved from electro-acupuncture and has had some very interesting results in assisting individuals to overcome severe addiction. I wonder if this is like the Pavlovian dog approach.

**Mr. Waldner:** It is a tool.

**Mrs. Finestone:** Yes, it is a tool. You are saying that we need a range. Has this tool been used and do we know if it would increase our two-thirds result pattern?

**Mr. Waldner:** There are many mixed feelings and there really has not been enough research done—

**Mrs. Finestone:** Do we do enough research right here?

**Mr. Waldner:** No, we do not. We do not do enough research. We have not put enough money into this area. This whole field is in its infancy, and we have avoided it to a great degree. I believe part of the reason has been the whole stigma around drug addiction, around alcoholism. There has been a strong general view within society to a great degree that it does not even exist or if it does exist, it is happening to those people on the street. What we need to do is certainly acknowledge—we are at a point where we are just beginning to acknowledge the fact that indeed we do have a great problem, and the problem has always existed; it is another chronic illness that needs to be looked at and people who have it need to get help for it.

**Mrs. Finestone:** Do the unions recognize their responsibility in this area, as well as government and industry? You have the loss of jobs in the work force, accident rates in the work force, stress on the family. It would seem to me that there is a tri-level of responsibility, starting with the individual, moving to the workplace, involving the employer and certainly involving the government in terms of the general health and welfare of society.

Has anything been done to look at the interrelationship of these three or four sectors on a research basis as to responsibility and division of financial accountability or financial involvement?

**Mr. Welsh:** The tri-level, shared responsibility really fits quite well into the employee assistance programs, which are counselling services set up by labour and management working in co-operation.

**Mrs. Finestone:** Where do they send them?

**Mr. Welsh:** There is a counsellor within the workplace. The person goes there, gets some sort of an assessment and support, and then is referred to appropriate treatment

[Traduction]

noter que ces chiffres reflètent des services de traitement nettement mal financés. Si l'argent ne manquait pas, je ne sais pas quel pourrait être le taux de succès. On sait seulement que plus le traitement est précoce, plus il est efficace.

**Mme Finestone:** Vous dites que grâce à un deuxième traitement, le taux de succès est de 66 p. 100, ce qui nous donne un noyau d'incurables de 33.3 p. 100. En Grande-Bretagne, le Dr Margaret Patterson applique un traitement fondé sur la neuro-électrothérapie. Il s'agit d'une technique tirée de l'électro-acupuncture qui a permis d'aider les toxicomanes aigus. Je me demande si la technique s'apparente à celle du chien de Pavlov.

**M. Waldner:** C'est une technique.

**Mme Finestone:** Oui, c'est une technique. Vous dites qu'il nous en faut tout un assortiment. S'en est-on servi, et sait-on s'il permettrait d'augmenter le taux de réussite?

**M. Waldner:** Les avis sont partagés, et il y a eu trop peu de recherches pour...

**Mme Finestone:** Fait-on suffisamment de recherches ici?

**M. Waldner:** Non, nous ne faisons pas assez de recherches. C'est un secteur auquel nous n'avons pas consacré suffisamment d'argent. Toute cette thérapie en est à ses débuts, et dans une large mesure il a été négligé à dessein. Cela tient en partie à l'opprobre dont sont frappés la toxicomanie et l'alcoolisme. La société a beaucoup tendance à fermer les yeux sur le problème, ou si elle en reconnaît l'existence, elle fait semblant de croire que cela n'arrive qu'aux clochards. Assurément, il faut s'ouvrir les yeux. Nous commençons à peine à reconnaître que nous avons un problème d'envergure, et que ce problème a toujours existé. Il s'agit d'une autre maladie chronique qui doit être étudiée et ceux qui en sont affligés ont besoin d'aide.

**Mme Finestone:** Est-ce que, comme le gouvernement et l'industrie, les syndicats voient leur responsabilité? Des emplois sont perdus, des accidents surviennent au travail, les familles sont victimes de stress. Il me semble que la responsabilité se situe à trois niveaux: le malade lui-même, l'employeur et enfin le gouvernement qui doit assurer le bien-être général de la société.

A-t-on cherché à étudier les rapports entre les différents intervenants pour essayer de déterminer la participation financière de chacun d'eux à la recherche?

**M. Welsh:** Ce partage à trois de la responsabilité cadre tout à fait avec les programmes d'aide aux employés, qui sont en fait des services de counselling mis sur pied conjointement par les syndicats et les employeurs.

**Mme Finestone:** Où envoie-t-on ces gens?

**M. Welsh:** Il y a un conseiller sur les lieux de travail. La personne s'adresse d'abord à lui, obtient une sorte d'évaluation de son état ainsi que des encouragements,

*[Text]*

sources outside. Very often the initiative comes from dealing with chemical dependence problems, but those programs deal with other sorts of problems, such as problems with family, problems with children, personal emotional problems.

**Mrs. Finestone:** If I hear you correctly, your answer right now is that we need more dollars, we should recover the \$2.5 million spent in the U.S., and recover and install here in Ontario direct service under Canadian approaches. Yet you are saying that we do not do enough research, that there is a shortage of funds and that we need to put those funds into public education.

• 1030

If you had a choice—\$2.5 million is a lot of money—would you put that \$2.5 million into public education or into building a facility?

**Mr. Welsh:** Building a facility sounds like you are suggesting an institutionalized setting. I would not support that.

**Mrs. Finestone:** All right, what do you want to do with the \$2.5 million if you got it back?

**Mr. Welsh:** I would spend a lot of it on treatment, because we see the people day after day for whom there is not enough treatment available and they have to wait and they go through a lot of pain. So I do not know if I would split it 50:50, but I would go both. If I had to pick only one, I would say treatment.

**Mrs. Finestone:** Thank you. It is a hard choice.

**The Chairman:** Mr. Redway, and then Dr. McCurdy.

**Mr. Redway:** Just a couple of short questions relating to Mr. Turner's questions and your comments that people were going to the United States and they were spending \$2.5 million in the United States—

**Mr. Welsh:** Just in this little part of Ontario; just in eastern Ontario.

**Mr. Redway:** Are the people who are going mostly adolescents? Are they mostly teenagers? What percentage of them would be adolescents and what percentage would be adults?

**Mr. Welsh:** The majority of them would be adults, and that is because when you have been an adult and you have been having trouble with alcohol or drugs for a longer period of time your consciousness is more tuned in to the fact that you have a problem. It is a little harder for adolescents to acknowledge.

**Mr. Redway:** The vast majority then would be adults?

**Mr. Welsh:** I would not say the vast majority, but the majority, yes.

**Mr. Waldner:** Another reason for that is that there are many good adult facilities in the States that are OHIP

*[Translation]*

puis est mise en rapport avec le centre de traitement extérieur qui convient. Très souvent, la personne cherche du counselling à cause de son problème de toxicomanie, mais ces programmes traitent aussi d'autres problèmes, comme des désordres familiaux ou personnels.

**Mme Finestone:** Si je vous comprends bien, vous me dites que ce qu'il faut maintenant c'est davantage d'argent. Il faudrait récupérer les 2.5 millions de dollars dépensés aux États-Unis et créer en Ontario des services dans le cadre des institutions ontariennes. Vous dites qu'il se fait trop peu de recherches, que les fonds manquent et qu'il faut financer la sensibilisation de la population.

Deux millions et demi de dollars, c'est beaucoup d'argent. Si le choix vous appartenait, consacriez-vous cette somme à un programme de sensibilisation ou à la construction d'un centre?

**M. Welsh:** Construire un centre, ça semble vouloir dire que vous préconisez un traitement en milieu hospitalier. Je suis contre cela.

**Mme Finestone:** Bon, que feriez-vous des 2.5 millions de dollars si vous les récupériez?

**M. Welsh:** J'en affecterais beaucoup aux traitements, parce que je vois continuellement des gens pour lesquels il n'y a pas suffisamment de services qui doivent attendre et endurer beaucoup de souffrances. Je ne sais pas si je diviserai cette somme moitié-moitié, mais j'en donnerais aux deux. S'il fallait n'en choisir qu'un seul, j'opterais pour les traitements.

**Mme Finestone:** Merci, c'est un choix difficile.

**Le président:** M. Redway, puis M. McCurdy.

**M. Redway:** Je n'ai que quelques brèves questions qui reprennent celles de M. Turner et font suite à ce que vous avez dit à propos des gens qui vont aux États-Unis et qui y dépensent 2.5 millions de dollars.

**M. Welsh:** Et je parle seulement d'une toute petite partie de l'Ontario: l'est de la province.

**M. Redway:** Est-ce qu'il s'agit surtout d'adolescents? Quel est le pourcentage d'adolescents et d'adultes?

**M. Welsh:** La majorité d'entre eux sont des adultes. L'adulte qui souffre d'alcoolisme ou de toxicomanie depuis plusieurs années est plus conscient du problème. Les jeunes ont plus de mal à le reconnaître.

**M. Redway:** Les adultes constituent donc l'immense majorité?

**M. Welsh:** Je ne dirais pas l'immense majorité, mais la majorité, oui.

**M. Waldner:** Cela tient aussi au fait qu'il y a beaucoup de bons centres pour les adultes aux États-Unis dont les



[Texte]

covered, whereas in the case of teen facilities they are not OHIP covered.

So we are also dealing with a financial issue, and the fact is that, in Ontario, facility-wise for the treatment of chemically dependent teens it is rather limited. There are good facilities in the States, but that means they have to put out \$5,000 or \$8,000 or \$10,000 U.S. dollars, which is often a real hardship. So that is the big difference, too.

**Mr. Redway:** In your opinion or to your knowledge, why have we provided adult facilities here but not enough or perhaps not adequate facilities for adolescents or for teenagers?

**Mr. Welsh:** Part of the problem, I guess, is that there has not been the awareness that there is a problem. Perhaps numerically the problem was smaller back in the days when kids were using mostly street drugs. But the horrifying thing we are finding now is that kids are getting more and more into very, very heavy use of alcohol, along with some dabbling in street drugs. If you put that combination together, in terms of chemical dependence it is quite powerful. This is where the number of teens in trouble with chemical dependency now is going up, because of the greater availability and the heavier use of alcohol as well.

The problem has been around now for 10 or 15 years. There is less public aversion to it so people are now willing to admit this kid has or my son has or I as a student have trouble with a chemical dependence problem and now they are seeking treatment more than they did before.

**Mr. Redway:** So there is more demand for it now?

**Mr. Waldner:** There is more demand for it now. In the past, often there was the attitude, well, he is not smoking dope so it is okay if he has a few beers, or whatever, as long as he does not do those drugs. So that has been a societal attitude that is beginning to change, too. We are beginning to see and accept the fact that alcohol is just another drug. It is a more socially acceptable one, it is a legal one; but it is just another drug. Our view is that we really do not differentiate. It is all chemical dependency.

**Mr. Redway:** Thank you.

**The Chairman:** Dr. McCurdy, 10 minutes.

**Mr. McCurdy:** There has been an awful lot of the term "epidemic". You yourself used it saying that the epidemic has lasted for a long time.

**Mr. Waldner:** That is right. It has always been here.

**Mr. McCurdy:** By definition, that is not an epidemic. That is an endemic situation. There is a proper word for that.

[Traduction]

frais sont remboursés par le RAMO, alors que ce n'est pas le cas des centres pour les jeunes.

Il s'agit donc d'une question financière et du fait qu'il y a peu d'installations pour les jeunes toxicomanes en Ontario. Il y a de bonnes installations aux États-Unis, mais il faut payer 5,000\$, 8,000\$ ou 10,000\$ américains, ce qui est souvent très pénible. Cela compte donc aussi pour beaucoup.

**M. Redway:** Selon vous, ou à votre connaissance, pourquoi avons-nous créé des centres pour les adultes ici mais pas pour les adolescents?

**M. Welsh:** Je suppose que cela est en partie attribuable au fait que l'on n'est pas conscient du problème. En chiffres, le problème était peut-être moins important lorsque les jeunes s'adonnaient à des drogues illicites. Mais nous constatons avec horreur que les jeunes s'adonnent de plus en plus à la consommation très forte d'alcool et tâtent un peu des drogues illicites. Combinées ces substances créent une très forte dépendance chimique. C'est pourquoi le nombre de jeunes toxicomanes monte actuellement: l'alcool est de plus en plus facile à trouver et il s'en consomme encore plus.

Le problème existe depuis 10 ou 15 ans maintenant. Les gens sont moins mal à l'aise que par le passé et sont capables d'admettre que tel ou tel jeune souffre d'accoutumance chimique, ce qui fait qu'il cherche plus que par le passé à se faire soigner.

**M. Redway:** La demande est donc plus forte aujourd'hui?

**M. Waldner:** Oui. Par le passé, l'attitude des parents était que tout est dans l'ordre s'il ne fume pas de marijuana et s'il se contente de quelques bières, pourvu qu'il ne prenne pas de drogues. Cette attitude commence à changer aussi. Nous commençons à accepter le fait que l'alcool est une drogue comme les autres. Elle est socialement plus acceptable, elle est légale, mais elle n'est qu'une autre drogue. Nous, nous ne faisons pas la différence. Dans tous les cas, il s'agit de dépendance chimique.

**M. Redway:** Merci.

**Le président:** Vous avez 10 minutes, monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** On a employé le mot «épidémie» à toutes les sauces. Vous-mêmes avez dit que l'usage épidémique des drogues existe depuis longtemps.

**M. Waldner:** C'est vrai. Cela a toujours existé.

**M. McCurdy:** Par définition, cela n'est donc pas une épidémie. C'est une situation endémique. Ça, c'est le terme juste.

**Mr. Waldner:** It is a better term.

**M. Waldner:** Disons qu'il est mieux choisi.



[Text]

**Mr. McCurdy:** "Endemic" means you have a problem, whether it be a disease or whatever, that has had a relatively constant incidence in a population for a very long time. Maybe it is about time, as professionals, we use the proper word, which is endemic, not epidemic.

With respect to the comparison of Canada and the United States, you agree with the general notion that both are drug societies, as sometimes described, yet there certainly is an evident difference in perception that exists as between Canada and the United States. Perhaps the answer to this comparison, in spite of that perception, was indicated when you said that the major problem was alcohol and over-the-counter drugs. But of course, the focus and differentiation is in respect to crack, heroin, cocaine, and so on. Is the perception correct insofar as street drugs are concerned? I mean heavy street drugs.

You look at Canada; you look at the proportion in urban populations; you look at the concentration of minority groups; you look at the distribution of poverty in the United States with respect to heroin, cocaine, crack, and the like, and I find it really very difficult, even though the overall figures may be essentially correct, to accept that the physiologically addictive drug usage in Canada and the United States is similar. Do you have real statistics on that?

**Mr. Waldner:** Part of the problem, as I view it, is we have a tendency to take certain addictions and say this is bad, this is worse, and this is the worst one. Our belief is you cannot do that; you cannot say that heroin is more addictive than alcohol and it is more harmful. If anything, we find that the withdrawal off heroin is often a lot easier. It certainly is a lot easier than valium for a client. That is a factor right there.

I think we really have to re-evaluate things. And certainly I agree with you that as far as certain types of social problems, we do not see them to the same degree as we see them in the United States. We are different in that manner. Population we are different. But the point is the major chemical that is abused in both countries is alcohol. It is not crack; it is not heroin.

**Mr. McCurdy:** I accept that. I am just trying to focus in on what led the President, followed by the Prime Minister, to say we have a sudden drug crisis. Of course, people do not steal, rob, murder to get valium as often as they steal, rob, murder to get heroin in the centre of Detroit or New York or Chicago or Miami.

**Mr. Welsh:** But they steal, rob, murder more often around alcohol than any of those other things.

**Mr. McCurdy:** Now, that is interesting. Thank you for that.

**Mr. Welsh:** Just a quick answer to your question. The whole problem around cocaine and crack here is comparatively much, much smaller than the States.

**Mr. McCurdy:** So your focus, which is, I think—

[Translation]

**M. McCurdy:** Une «endémie», c'est un problème, qu'il s'agisse d'une affection ou d'autre chose, présent de façon à peu près constante dans la population depuis longtemps. Il serait à peu près temps que des professionnels comme nous emploient le terme juste: endémie, pas épidémie.

Pour ce qui est de la comparaison entre le Canada et les Etats-Unis, vous dites accepter qu'il s'agit dans les deux cas de sociétés de toxicomanes, comme elles sont parfois décrites. Pourtant, on perçoit de façon bien différente la situation au Canada et celle aux Etats-Unis. La raison de cette différence tient peut-être au fait, comme vous l'avez dit, que le gros problème est l'alcoolisme et les médicaments en vente libre. Là où il y a une différence, c'est lorsqu'il s'agit du crack, de l'héroïne, de la cocaïne, et ainsi de suite. L'idée que l'on se fait des drogues illicites est-elle juste? Je pense aux drogues dures.

Considérons le Canada, la proportion de toxicomanes dans les centres urbains, la concentration des groupes minoritaires, la répartition de la pauvreté aux Etats-Unis comparée à l'usage de l'héroïne, de la cocaïne, du crack, etc., et j'ai bien du mal, même si les chiffres totaux sont peut-être justes, à accepter que l'usage de drogues accoutumantes physiologiquement au Canada et aux Etats-Unis soit le même. Avez-vous des statistiques précises là-dessus?

**M. Waldner:** Pour moi, une partie du problème c'est que nous avons tendance à graduer les toxicomanies: une est mauvaise, une autre est pire et une autre encore est la pire. Pour nous, cela ne tient pas. On ne peut pas dire que l'héroïne est plus accoutumante et plus nocive que l'alcool. Si cela se trouve, le sevrage est souvent plus facile dans le cas de l'héroïne, certainement plus que dans le cas du valium. Voilà un facteur.

Je pense qu'il faut tout repenser. Je conviens avec vous que nous ne connaissons pas avec la même acuité qu'aux Etats-Unis certains types de problèmes sociaux. En cela, nous sommes différents. Notre population est différente. Ce qui importe, c'est que la substance dont il est fait à l'usage abusif dans les deux pays, c'est l'alcool. Ce n'est pas le crack, ce n'est pas l'héroïne.

**M. McCurdy:** Je suis d'accord avec vous. J'essaie seulement de circonscrire ce qui a amené le président puis le premier ministre à déclarer qu'il y a soudainement une crise des drogues. Certes, les gens ne commettent pas de vols ou de meurtres aussi souvent pour obtenir du valium que pour obtenir de l'héroïne à Détroit, New York, Chicago ou Miami.

**M. Welsh:** Mais ils commettent des vols et des meurtres à cause de l'alcool bien plus souvent qu'à cause de ces autres substances.

**M. McCurdy:** Tiens, ça c'est intéressant. Merci.

**M. Welsh:** Pour répondre brièvement à votre question, en proportion, le problème de la cocaïne et du crack est beaucoup plus petit ici qu'aux Etats-Unis.

**M. McCurdy:** Ce sur quoi vous vous attardez. . .

[Texte]

**Mr. Waldner:** But it is still relatively small. I worked in an American facility, and comparatively the majority of clients were still using alcohol. Certainly we had people who were using crack, people who were using cocaine, people who were using heroin, but the most prevalent drug of abuse was alcohol.

**Mr. McCurdy:** I think what I am trying to dig out of this—and I might as well tell you—is that the President takes aim at a particular social class and says it is a horrendous problem, because those guys who are not quite a part of our society use this stuff, and we have to get rid of them, and the drinking of alcohol and all that alcohol causes being, as you say, socially acceptable, on a kind of pedestal, can be ignored at the same time.

**Mr. Waldner:** Exactly.

**Mr. Welsh:** I mentioned too that the President cut \$913 million from treatment programs within a few months of his saying “war on drugs”.

**Mr. McCurdy:** Now, just to stick with alcohol for a moment. You said that the anti-drunk-driving campaigns have caused a change in behaviour patterns. What is the change in behaviour patterns? Is it that people do not drive drunk any more, or is it that they just do not get drunk any more? Which is it?

• 1040

**Mr. Welsh:** I think it is both. We are able to measure the number of arrests for drunk driving and they are way down.

**Mr. McCurdy:** I understand it but—

**Mr. Welsh:** There are many reasons for it.

**Mr. McCurdy:** Several factors could be a work. Even judging from the behaviour of Members of Parliament. . . we do not drink and drive—

**Mr. Welsh:** We take a taxi.

**Mr. McCurdy:** —we just take a cab or we walk two blocks instead of driving two blocks.

**Mrs. Finestone:** Or I would take the keys.

**Mr. McCurdy:** But we are also aware that the solitary drinker who does not go out to a bar is probably in a worse situation than the person who does. I wonder whether there are any real statistics to demonstrate whether there has been a real decrease in the incidence of alcohol consumption on the basis of the decrease in drunk driving arrests and so on.

**Mr. Waldner:** Sir, it is too early to say because the legislation is fairly new and the changes are fairly new. My sense is just from seeing clients on a daily basis; certainly we are seeing more clients all the time. So this has had no impact. I think your point is a very good one; many folks

[Traduction]

**M. Waldner:** Mais le problème est encore relativement petit. J'ai travaillé dans un centre américain, et la majorité des malades étaient alcooliques. Bien sûr, il y avait des gens qui prenaient du crack, de la cocaïne, de l'héroïne, mais la drogue la plus courante c'était l'alcool.

**M. McCurdy:** Là où je veux en venir—aussi bien vous le dire—c'est que le président s'en prend à une classe sociale déterminée, déclare que le problème est horrifant parce que ces gens ne font pas vraiment partie de notre monde et qu'il faut se débarrasser d'eux alors que l'alcool et ses effets, comme vous le dites, sont socialement acceptables, presque montés sur un piedestal et qu'on peut fermer les yeux dessus.

**M. Waldner:** Tout juste.

**M. Welsh:** J'ai aussi dit que le président avait supprimé 913 millions de dollars de crédit pour les programmes de traitement quelques mois à peine après avoir déclaré la guerre aux drogues.

**M. McCurdy:** Restons-en à l'alcool pour le moment. Vous avez dit que les campagnes de lutte contre l'ébriété au volant avait changé les comportements. Où se situe le changement de comportement? Est-ce que les gens ont cessé de conduire en état d'ébriété ou bien de s'enivrer?

**M. Welsh:** Je pense que c'est les deux. Nous pouvons savoir combien il y a eu d'arrestations pour conduite en état d'ébriété et les chiffres accusent une baisse considérable.

**M. McCurdy:** Je comprends mais. . .

**M. Welsh:** Il y a plusieurs facteurs qui expliquent le phénomène.

**M. McCurdy:** Plusieurs facteurs pourraient intervenir. Si on considère simplement le comportement des députés. . . nous ne conduisons pas, si nous avons bu. . .

**M. Welsh:** Nous prenons un taxi.

**M. McCurdy:** . . . nous prenons un taxi ou bien nous faisons les deux patés de maisons à pied au lieu de prendre la voiture.

**Mme Finestone:** Autrement je vous confisquerais les clefs.

**M. McCurdy:** Nous savons aussi que le buveur solitaire qui ne va pas dans les bars est probablement dans une pire situation que celui qui fréquente les bars. Existe-t-il effectivement des statistiques montrant une baisse de la consommation d'alcool par rapport à la diminution du nombre d'arrestations pour conduite en état d'ébriété etc.?

**M. Waldner:** Monsieur, il serait prématuré de tirer des conclusions car la loi est relativement récente tout comme les changements. Je constate que le nombre de clients augmente. La mesure n'a donc pas eu de conséquences sur ce plan. Je crois que vous avez raison de signaler que



[Text]

have just gone underground. The legislation makes it very clear that if you go out there, you are going to get caught.

**Mr. McCurdy:** I think the situation in Ontario where you have to send people to Buffalo is absolutely bloody outrageous.

**Mr. Waldner:** It is; you are right.

**Mr. McCurdy:** Is it unique to Ontario?

**Mr. Welsh:** No, sir.

**Mr. Waldner:** Not at all.

**Mr. Welsh:** It is consistent all across the country.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** This is why I asked.

**Mr. McCurdy:** Does anybody have any notion of how much money across this country we are shipping to the United States to profit-making treatment centres to treat our problem?

**Mrs. Finestone:** Lots. It happens in Quebec all the time.

**Mr. Welsh:** It is tens and tens and tens of millions. I saw one figure for Ontario suggesting it was more than \$20 million. It is probably the same and maybe a little more in Quebec.

**Mr. McCurdy:** Of course, if you kept them home, you do not have enough people who know what to do. If you find a way to bring them back to Ontario, Quebec or wherever to be treated, it could not happen because you do not have enough people who know what they are doing.

**Mr. Waldner:** Exactly; it is true. Your point is actually true. The reason we are sending them off is that we do not have enough facilities and we do not have enough well-trained professionals in the field. For myself, I had to be trained in the United States.

**Mr. McCurdy:** Why in the hell is nobody training them?

**Mr. Welsh:** Because no one has any money to train them.

**Mr. McCurdy:** Who is that?

**Mr. Welsh:** If you put enough money into it, it would turn around in two or three years.

**Mr. McCurdy:** Who should be doing it?

**Mr. Welsh:** We are here saying the federal government and the provincial governments should be doing it.

**Mr. McCurdy:** Good God, the federal government cannot teach anybody anything; there must be somebody who—

**Mr. Welsh:** Oh, I see what you are getting at. It could be organizations like ours. We train probably 100 or 150 physicians, nurses and social workers per year in things

[Translation]

beaucoup de gens boivent en cachette maintenant. La loi est formelle, si on conduit en état d'ivresse, on va se faire attraper.

**M. McCurdy:** Je pense que la situation en Ontario où il faut envoyer des gens à Buffalo pour traitement est un scandale.

**M. Waldner:** Exactement.

**M. McCurdy:** Est-ce seulement le cas en Ontario?

**M. Welsh:** Non, monsieur.

**M. Waldner:** Pas du tout.

**M. Welsh:** On en trouve des exemples partout au Canada.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est la raison pour laquelle j'ai posé la question.

**M. McCurdy:** Quelqu'un a-t-il une idée de combien d'argent nous dépensons dans le centre lucratif aux États-Unis pour traiter des patients canadiens?

**Mme Finestone:** Beaucoup. Ça se passe au Québec tout le temps.

**M. Welsh:** Il s'agit de dizaines et de dizaines et de dizaines de millions. J'ai vu une estimation de 20 millions de dollars pour l'Ontario. C'est probablement le même montant, sinon plus, pour le Québec.

**M. McCurdy:** Évidemment, si on les gardait au Canada, il n'y aurait pas suffisamment de personnel qualifié. Même si on voulait les traiter en Ontario, au Québec ou ailleurs au Canada, ce ne serait pas possible faute de spécialistes.

**M. Waldner:** Exactement. Vous avez tout à fait raison. La raison pour laquelle nous les envoyons aux États-Unis, c'est que nous manquons de centres de traitement et de professionnels qualifiés. Pour ma part, j'ai dû obtenir ma formation aux États-Unis.

**M. McCurdy:** Pourquoi diable ne les forment-on pas ici?

**M. Welsh:** Parce qu'on n'a pas l'argent nécessaire.

**M. McCurdy:** Qui ça?

**M. Welsh:** Avec le financement nécessaire, la situation serait redressée d'ici deux ou trois ans.

**M. McCurdy:** Qui devrait s'en occuper?

**M. Welsh:** Nous estimons que c'est le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

**M. McCurdy:** Bon Dieu, le gouvernement fédéral ne peut rien enseigner à personne; il doit y avoir quelqu'un qui...

**M. Welsh:** Oh, je comprends votre question. Ça pourrait être des organismes comme le nôtre. Il est probable que nous formons annuellement 100 ou 150 médecins,



[Texte]

like early intervention. The resources are here to train them.

**Mr. McCurdy:** Is this part of normal medical training or nurses' training?

**Mr. Waldner:** No, it is not. It has not been in the past. It is beginning to change but very slowly. Again we are looking at an American model and the American model, as usual, is about five to ten years ahead of us. In the United States addiction has become a speciality for the medical field and one can specialize in this area now. We are not quite there yet. You probably know that the average physician gets only three to five hours of addiction education.

**Mr. McCurdy:** Wait a minute. In 1981 AIDS was discovered, and in 1987 we have specialists all over the place. We have people teaching courses in AIDS, and we have specialists in AIDS being bred in the medical schools where nurses are trained and where microbiologists are trained. Is it not part of the responsibility on the part of the medical profession to exert the pressure? Is this not part of it?

**Mr. Welsh:** You bet; no doubt about it. Again looking at the United States, we are beginning to see it change. Hopefully it is going to happen here in Canada, too. The attitudes and the views have changed and the medical profession is beginning to get involved; we need to see it happen here, too. So you are right.

• 1045

**Mr. McCurdy:** Mrs. Finestone, my colleague, asked you about research into treatment. I gather you are saying, and it almost follows in the situation we have with respect to training, that if you do not have... In the spectrum of institutions that would be engaged in training, you would expect commensurately that there would be research in medical treatment and skills in psychology, sociology and all of that.

How about research into the character of addiction? It strikes me that if you examine the situation, there seems to be a class of the population out there... and it does not seem to make much difference whether it is alcohol, marijuana, valium, religious sex, they are going to be captured. How much research is done on that?

**Mr. Waldner:** Well, we believe chemical dependency transcends race, it transcends social status, what have you—it hits every area of our society. Are you suggesting there may be a personality type?

**Mr. McCurdy:** Well, I am wondering how much research has been... We know about strict chemical dependency...

**Mr. Waldner:** There has been a lot of research.

**Mr. McCurdy:** What about the research in Canada on the addictive personality?

[Traduction]

infirmières et travailleurs sociaux pour faire des choses comme le dépistage précoce. Il existe au Canada les ressources de formation nécessaires.

**M. McCurdy:** Cela fait-il partie de la formation habituelle des médecins ou des infirmières?

**M. Waldner:** Non. Cette formation n'a pas été traditionnellement offerte. Ça commence à changer mais graduellement. Encore une fois on s'inspire du modèle américain qui, comme d'habitude, a environ cinq ou dix ans d'avance par rapport à nous. Aux États-Unis la toxicomanie est devenue un sujet de spécialisation médicale. On n'en est pas encore là. Vous savez sans doute que le médecin moyen ne reçoit que trois à quatre heures de cours consacrées à la toxicomanie et à l'accoutumance.

**M. McCurdy:** Attendez une seconde. On a découvert le SIDA en 1981 et en 1987 il y a des spécialistes partout. Il y a des personnes qui font de cours sur le SIDA, des spécialistes du SIDA dans les facultés de médecine et dans les écoles de formation des infirmières et dans la microbiologie. N'appartient-il pas à la profession médicale d'exercer des pressions dans ce sens?

**M. Welsh:** Et comment! Aux États-Unis encore une fois, on voit une évolution. J'espère qu'il en sera de même au Canada. La mentalité a changé et la profession médicale commence maintenant à s'impliquer; il faut que la même chose se produise au Canada aussi.

**M. McCurdy:** Ma collègue, M<sup>me</sup> Finestone, vous a posé une question concernant les recherches en matière de traitement. Si je comprends bien, la situation est comparable à celle du traitement, si vous n'avez pas... Dans les établissements chargés de la formation, il serait normal de trouver des activités de recherche en traitement médical, en psychologie et sociologie appliquée etc.

Qu'en est-il de la recherche sur la nature de la toxicomanie? En examinant la situation, j'ai l'impression qu'il existe un élément de la population... Peu importe que ce soit l'alcool, la marijuana, le vallium, les sectes religieuses, ils vont se laisser attraper. Combien de recherche est consacrée à cette question?

**M. Waldner:** Nous croyons que la dépendance chimique dépasse la race, le statut social et d'autres caractéristiques—elle frappe tous les éléments de notre société. Voulez-vous dire qu'il existe peut-être une prédisposition selon le genre de personnalité?

**M. McCurdy:** Je me demande combien de recherche a été consacrée à la question... Nous avons beaucoup de données sur le phénomène de la dépendance chimique...

**M. Waldner:** Il y a eu beaucoup de recherche.

**M. McCurdy:** Quelle recherche y a-t-il eu au Canada sur la personnalité du toxicomane?

[Text]

**Mr. Waldner:** Again, there is much more research done in the United States. The Addiction Research Foundation in Toronto does some good research, there is no doubt about it. Regarding that whole concept of a personality type, we no longer believe that is the case. Our view is that we are dealing with a chronic illness.

As far as causes go, they are multi-factorial; that is, it is not simply psychological factors; it is environmental factors, hereditary factors—the whole shebang. We need to take a look at all those factors and go beyond worrying about the causes at this point. Let us treat the problem we have, because there are a lot of people out there who are suffering needlessly, and the ones we are getting we are sending to the States.

**Mr. McCurdy:** Well, I would like to be able to ask more questions about the fact that youth are being ignored substantially—

**Mr. Waldner:** Substantially.

**Mr. McCurdy:** —in all of this. Here is a problem. But then, youth get forgotten by just about everybody anyway, except. . .

**Mr. Welsh:** Only for a few years. They catch up with us sooner or later.

**The Chairman:** Thank you, Dr. McCurdy.

May I thank you on behalf of the committee, Mr. Welsh, and you too, Mr. Waldner, for your testimony today and the very excellent way you have handled our questions. You are close at hand, and if we have more questions to put to you in the next month or two, we know where to find you.

**Mr. Welsh:** Please do. We are right here in town. I would just, with respect, make a suggestion—that you might find a lot of really good information across the country if you are looking for a national perspective.

**The Chairman:** We now ask our next group of witnesses to please come forward; from the *Maison Fraternité*, Mr. Georges Morin, the Director; Jocelyne Robertson, Team Chief; and Thérèse Bourgeau, Administrative Secretary. May I, on behalf of the committee, welcome all three of you here today.

Vous avez la parole.

**Mme Jocelyne Robertson (chef d'équipe, Maison Fraternité):** Chers membres du Comité, permettez-nous d'abord de vous remercier de nous avoir invités à faire cette présentation.

La Maison Fraternité est un organisme unique en Ontario pour les alcooliques et toxicomanes francophones. Aussi, espérons-nous pouvoir apporter un point de vue utile à votre réflexion.

Après une rapide présentation de notre histoire et de nos programmes, nous aimerions surtout vous faire part des besoins que nous rencontrons et des améliorations qui permettraient, à notre avis, d'y répondre.

[Translation]

**M. Waldner:** Encore une fois, il se fait beaucoup plus de recherche aux États-Unis. Je reconnais certainement la bonne qualité de la recherche faite par la Fondation de recherche sur la toxicomanie à Toronto. Pour ce qui est de cette idée d'une personnalité type du toxicomane, nous ne croyons plus à cela. Nous estimons que c'est une maladie chronique.

Quant aux causes, elles sont nombreuses; c'est-à-dire, ce n'est pas simplement des facteurs psychologiques, mais des questions d'environnement, d'hérédité, tout. Il nous faut donc examiner tous ces facteurs sans trop s'attarder sur les causes à l'étape actuelle mais passer au traitement du problème immédiate car il y a beaucoup de personnes qui souffrent inutilement et il y a aussi ceux que nous envoyons aux États-Unis.

**M. McCurdy:** J'aimerais pouvoir vous poser d'autres questions sur le manque important de traitements pour les jeunes. . .

**M. Waldner:** Effectivement.

**M. McCurdy:** . . . dans toute cette affaire. C'est un problème réel. Mais de toute façon, les jeunes sont oubliés de tout le monde presque, sauf. . .

**M. Welsh:** Seulement pour quelques années. Ils se rejoignent à nous tôt ou tard.

**Le président:** Merci, monsieur McCurdy.

J'aimerais vous remercier, monsieur Welsh et M. Waldner, de votre exposé et de vos excellentes réponses. Vous n'êtes pas loin, et si nous avons d'autres questions à vous poser au cours des prochains mois, nous saurons où vous trouver.

**M. Welsh:** Je vous en prie. Nous nous trouvons ici à Ottawa. Je vous signale que vous pourrez trouver beaucoup de bonnes informations dans d'autres localités canadiennes si vous cherchez une perspective nationale.

**Le président:** Nous invitons maintenant les représentants du prochain groupe à venir à la table; de la Maison Fraternité, M. Georges Morin, directeur; Jocelyne Robertson, chef d'équipe; et Thérèse Bourgeau, secrétaire administrative. Je voudrais, au nom du Comité, vous souhaitez la bienvenue ici.

You have the floor.

**Mrs. Jocelyne Robertson (Team Leader, Fraternity House):** Dear members of the committee, first allow me to thank you for having invited us to make this presentation.

Fraternity House is a unique organization in Ontario for francophone alcoholics and drug addicts; we therefore hope to be able to present a point of view that may be useful during your deliberations.

After a quick overview of our history and programs, we would especially like to draw your attention to some of the needs which we are experiencing and the improvements which, in our opinion, would help us meet those needs.



## [Texte]

## - Historique:

La Maison Fraternité a été fondée en 1963, à la suite d'un projet organisé par quelques organismes d'entraide pour offrir un refuge de nuit aux indigents. Transformée en 1966 en foyer de réadaptation pour alcooliques, la Maison a surtout offert jusqu'en 1983 un programme de résidence et un programme bilingue de réadaptation.

C'est en août 1983 qu'à la demande du Conseil de planification sociale d'Ottawa—Carleton et avec le concours du ministère de la Santé, la Maison Fraternité décide d'établir un programme de traitement intensif pour hommes et femmes et d'offrir ses services exclusivement à la clientèle francophone.

• 1050

Avec l'élargissement de ses services aux toxicomanes en 1984, la Maison Fraternité se trouve être aujourd'hui le seul centre de traitement et de réadaptation francophone pour alcooliques et toxicomanes en Ontario. Bien que son mandat soit théoriquement régional (Ottawa—Carleton et Prescott—Russell), la Maison se trouve en pratique à desservir aussi d'autres régions, particulièrement le nord-est de la province.

## - Programmes:

Pour remplir ce mandat, la Maison Fraternité offre deux grandes catégories de programmes, les programmes internes et les programmes externes, tel qu'indiqué dans le schéma.

Les programmes internes comprennent tous les programmes qui impliquent la résidence des clients et clientes dans les locaux de la Maison. Ils incluent le stage de traitement intensif de cinq semaines, qui constitue la phase centrale du traitement; le programme de réadaptation à long terme d'une durée variable, conçu comme un prolongement «extensif» du stage de traitement; et le stage de transition à court terme, préparatoire à l'un des programmes précédents.

La capacité de ces différents programmes repose sur la capacité résidentielle de la Maison, soit 20 lits, et le format des programmes, soit la durée et le nombre des participants et participantes. Utilisée pratiquement au maximum, cette capacité permet de recevoir au-delà de 100 personnes par année.

Les programmes externes recouvrent, d'une certaine façon, tous les autres programmes, soit l'évaluation primaire des clients et clientes lorsqu'ils se présentent à la Maison; les services de thérapies externes, individuelles ou en groupe, offertes principalement aux femmes, aux conjoints et conjointes et aux familles; le service d'éducation communautaire et de consultation; et le soutien et le suivi aux anciens stagiaires.

La capacité de ces programmes est, elle, surtout déterminée par la disponibilité du personnel qui y est affecté. Pratiquement, elle permet de servir un peu plus d'une centaine de personnes additionnelles par année.

Au total, les programmes de la Maison Fraternité permettent de desservir directement, depuis 1983, près de

## [Traduction]

## - History:

Fraternity House was founded in 1963, in response to a plan by a number of mutual aid organizations to offer night time shelter to the destitute. In 1966 the house was transformed into a home for the rehabilitation of alcoholics and until 1983 it mainly offered a residence program and a bilingual rehabilitation program.

In August 1983, at the request of the Social Planning Council of Ottawa-Carleton in conjunction with the Ministry of Health, Fraternity House decided to introduce an intensive treatment program for men and women and to direct its services exclusively towards the francophone population.

With the extension of its services to drug abusers in 1984, Fraternity House is at the present time the only francophone treatment and rehabilitation centre for alcoholics and drug abusers in Ontario. Although its mandate is in theory regional (Ottawa-Carleton and Prescott-Russell), the house in fact serves other regions, particularly those in the northeastern part of the province.

## - Programs:

To fulfill this mandate, Fraternity House offers two broad types of programs: Internal programs and external programs, as shown in the diagram below.

Internal programs cover all programs involving the residence of male and female clients within the House's premises. These include the intensive treatment program, five weeks long, which constitutes the central phase of the treatment; the long-term rehabilitation program, of variable duration, designed as an extensive prolongation of the treatment period, and the short-term transition program which is preparatory to one of the preceding programs.

The capacity of these various programs depends on the house's residential capacity of 20 beds and on the format of the programs, that is, their duration and the number of participants. Used practically to the maximum, this capacity makes it possible to accommodate more than 100 persons annually.

The external programs cover, to some extent, all the other programs, that is: the preliminary evaluation of clients when they arrive at the house; the external therapy services, either individual or group, intended mainly for women, spouses and families; the community education and counselling service; and the support and follow-up of former program participants.

The capacity of these programs is mainly determined by the availability of the personnel assigned to them. In fact, the available staff makes it possible to serve slightly more than 100 additional persons annually.

In total, since 1983, the programs of Fraternity House have made it possible to serve directly nearly 200 clients



## [Text]

200 clients par année. La clientèle de la Maison comprend des hommes et des femmes de tous les groupes d'âge, de 18 ans et plus, originaires en prédominance d'Ottawa—Carleton et de l'est ontarien, mais aussi du nord-est ontarien, et présentant différentes formes de dépendances, avec une majorité de cas de polytoxicomanie.

Quant à la qualité des résultats obtenus par ces programmes, elle semble relativement élevée, puisque le taux de réussite, c'est-à-dire les départs planifiés, est de 89 p. 100 pour le stage intensif et de 50 p. 100 pour le programme de réadaptation.

## - Besoins rencontrés:

L'efficacité de ses programmes et de son personnel ne permettent toutefois pas à la Maison Fraternité de répondre à toutes les demandes qui lui sont adressées. Ses besoins ont trait à la fois à la capacité de ses programmes et à l'étendue de ses services.

La clientèle potentielle de la Maison Fraternité pourrait être estimée, d'après certaines statistiques, à entre 15,000 et 25,000 personnes. Même si cette demande est évidemment théorique, elle donne tout de même une idée de l'importance des besoins. Ainsi, seulement trois ans après s'être donné son nouveau mandat, la Maison doit travailler au-dessus de sa capacité et a des listes d'attente de plusieurs semaines—trois semaines en moyenne. Cette situation devient difficile pour le personnel, qui subit un stress excessif, mais aussi pour les clients et clientes qui, bien souvent, ne peuvent se permettre d'attendre et ne «voyagent» pas facilement d'une référence à une autre.

## - L'étendue des services:

Vu sa situation unique dans la communauté francophone, la Maison Fraternité ne cesse aussi, à mesure qu'elle implante des services, de s'en faire demander de nouveaux. Ainsi, la création de services pour les alcooliques a amené la Maison à s'ouvrir aux toxicomanes; l'accès des femmes au stage de traitement intensif a conduit à instaurer des services de thérapie familiale et des groupes du soir pour conjointes et toxicomanes; le développement des services internes a suscité des demandes croissantes pour des services externes, etc.

Aujourd'hui, la Maison fait face à plusieurs demandes:

- en vue d'élargir ses services aux femmes: demande d'un stage de traitement exclusivement pour femmes et davantage de groupes du soir pour conjointes et toxicomanes;

- en vue d'établir une résidence d'accueil des anciens stagiaires—*three-quarter-way house*—essentielle au soutien de certains clients instables;

- en vue de mettre sur pied des services pour la jeunesse, traitements individuels ou thérapies de groupes, objet d'une demande de plus en plus fréquente de la part des écoles.

## - Améliorations souhaitées:

Face à ces besoins, la Maison Fraternité a entrepris, à la fin de 1986, de mettre en marche un processus

## [Translation]

annually. The clientele using the house includes men and women in all age groups, 18 years and above, predominantly residents of Ottawa-Carleton, eastern and northwestern Ontario, and demonstrating various forms of dependency, the majority of cases being multiple drug abuse.

As for the results obtained through these programs, they seem to be relatively high, since the rate of success, as measured by planned departures, is 89% for the intensive program and 50% for the rehabilitation program.

## - Needs:

In spite of the effectiveness of its programs and staff, however, Fraternity House is unable to meet all the demands that are made on its services. Its needs have to do both with the capacity of its programs and the scope of its services.

The potential clientele of Fraternity House could be estimated, according to some statistics, at between 15,000 and 25,000 persons. Although this demand is an estimate, it does nevertheless, give an idea of the scale of the needs being served. Thus, after only three years of operation under its new mandate, the house is already working above capacity and keeping people on waiting lists for several weeks at a time, an average of three weeks. This situation is difficult both for the staff, who experience excessive stress, and for the clients, who very often cannot afford to wait and cannot easily move from one referral to another.

## - Extension of services:

Given its unique situation within the francophone community, Fraternity House continues, as services are put in place, to see new demands being put upon it. Thus the creation of services for alcoholics led the house to admit drug abusers; the admission of women to the intensive treatment program led to the establishment of family therapy services and evening sessions for spouses and drug abusers; the development of internal services gave rise to growing demands for external services etc.

Today, the house is facing several demands in particular

- the extension of its services for women (requests for treatment program exclusively for women and more evening sessions for spouses and drug abusers);

- the establishment of a house for former program participants (*three-quarter-way house*), which is essential in order to provide support for some unstable clients;

- the offering of youth services, individual treatment or group therapy, for which there is an increasing demand from the schools.

## - Desired improvements:

Given these needs, at the end of 1986 Fraternity House undertook an evaluation and orientation process in order

[Texte]

d'évaluation et d'orientation qui puisse l'aider à planifier son développement à court, moyen et long terme.

[Traduction]

to help it plan its short, medium and long-term development.

• 1055

Les résultats de cette démarche font notamment l'objet des deux rapports annexés à ce mémoire, le rapport ACORD et le rapport du Comité du personnel, janvier 1987. Les priorités qui s'en désagent amènent à retenir les améliorations suivantes:

The results of this initiative are discussed in the two reports appended to our presentation, the ACORD Report and the Staff Committee Report of January, 1987. The priorities set forth in these reports would entail the following improvements:

1. Au niveau de la capacité d'accueil et de traitement:
  - l'augmentation du personnel actuel de l'équivalent de 7.4 personnes-année, ce qui représenterait un coût additionnel d'environ 250,000\$ par an; et
  - l'addition d'une surface résidentielle d'environ 7,000 pi<sup>2</sup>, soit un investissement total estimé à 545,000\$, ce qui inclut des coûts de construction de 420,000\$, des achats d'équipement et de mobilier de 65,000\$ et l'acquisition d'un terrain de 6,000 pi<sup>2</sup> de 60,000\$.

1. Admission and treatment capacity:
  - an increase of current staff by an additional 7.4 person years, at an additional cost of approximately \$250,000 per year; and
  - the addition of approximately 7,000 square feet of residential space, amounting to an estimated total investment of \$545,000, including construction costs of \$420,000, the purchase of equipment and furniture valued at \$65,000 and the acquisition of a 6,000-square-foot lot for \$60,000.

2. Au niveau des services:
  - l'implantation d'une résidence pour le traitement à long terme, soit la réadaptation, séparée de la résidence de traitement intensif;
  - la mise sur pied d'un programme de traitement intensif exclusivement pour les femmes s'ajoutant au programme de traitement actuel; et
  - le développement de services de thérapies externes pour des groupes de femmes, conjointes ou toxicomanes.

2. Services:
  - the establishment of a long-term treatment residence for rehabilitation, which would be separate from the intensive treatment residence;
  - the setting up of an intensive treatment program exclusively for women, to be added to the current treatment program; and
  - the development of external therapy services for groups of women, spouses or drug abusers.

—Autres recommandations:  
Il est clair que ces améliorations ne peuvent pas suffire à répondre à tous les besoins existants. Il apparaît donc indispensable que d'autres initiatives soient aussi engagées pour offrir de meilleurs services aux francophones de la province.

—Other recommendations:  
Clearly, these improvements will not be enough to ensure that all existing needs are met. Therefore, it seems imperative that other initiatives also be undertaken to offer better services to the francophones of Ontario.

Nous croyons que ces initiatives devraient inclure:  
—l'installation de services plus nombreux, équipés de locaux adéquats, dans l'optique de centres de traitement dans la communauté et non d'institutions;

We believe that these initiatives should include:  
—the provision of a greater number of services with adequate facilities in the form of community treatment centres, not institutions;

—l'incorporation aux cliniques de santé des divers villages de l'est et du nord de l'Ontario de travailleurs sociaux spécialisés en toxicomanie, pouvant déceler et référer les clients au centre de traitement dès les premiers symptômes de dépendance;

—the inclusion, among the staff of health clinics in various localities in eastern and northern Ontario, of social workers specialized in drug abuse who would be able to identify and refer clients to the treatment centre as soon as the first symptoms of dependency appear;

—la disponibilité, dans ces villages, de travailleurs sociaux pouvant faire le suivi hebdomadaire des clients et clientes qui ont terminé leur stage et qui n'ont pas accès à un 3/4-way house;

—the availability in these towns of social workers capable of following up on a weekly basis those clients who have completed their program, unless they can be admitted to a 3/4-way house;

—enfin, et de façon urgente, la création d'un centre de traitement pour jeunes francophones qui pourrait combler l'absence totale de services disponibles à ce niveau (voir, à ce titre, les démarches engagées par le Conseil des programmes en toxicomanie d'Ottawa—Carleton).

—finally, the immediate creation of a treatment centre for francophone youth to make up for the total lack of services available at the present time. (See the initiatives taken by the Council on Drug Addiction Programs of Ottawa—Carleton).

Il nous semble également important que ces initiatives puissent être complétées, sur le plan administratif, par une

We also think it is important that at the administrative level these initiatives be accompanied by changes in the



*[Text]*

certain transformation des conditions de fonctionnement des organismes, les rendant plus propices au développement de nouveaux services.

La capacité de ces organismes d'investir dans de nouveaux programmes semble en effet limitée par la nature de leur statut non lucratif et les contraintes que leur imposent leurs différentes sources de financement.

Aussi, espérons-nous que votre initiative puisse aussi contribuer à unifier l'action gouvernementale, entre les paliers fédéral et provincial, et faciliter l'action des organismes comme le nôtre qui l'appuient.

Nous souhaitons que ces commentaires puissent vous être utiles, et nous vous remercions de votre attention.

**The Chairman:** Thank you very much indeed. I think the committee would perhaps like to question you for a short while. Mrs. Finestone, do you wish to lead off?

**Mme Finestone:** Merci beaucoup. Votre mémoire est fort intéressant. Votre organisme offre un service très particulier dans la région d'Ottawa—Carleton. Cela nous montre un autre aspect du problème de la langue et de la distribution équitable des services au Canada, selon la population visée.

À cet égard, j'aimerais avoir une précision. Je pense qu'il y a environ un demi-million de francophones en Ontario. Est-ce exact?

**M. Georges Morin (directeur de la Maison Fraternité):** Possiblement, mais nous avons surtout les statistiques de l'est et du nord de l'Ontario.

**Mme Finestone:** Quel est le nombre approximatif?

**M. Morin:** Il y en a 89,000 dans Ottawa—Carleton et dans l'est de l'Ontario, il y en a 38,000. Il y en a un grand total de 193,000 dans l'est et le nord de l'Ontario.

**Mme Finestone:** C'est plus inquiétant que je ne le pensais. On dit que 15 p. 100 de la population est aux prises avec des problèmes psychosociaux ou des problèmes de toxicomanie. Vous avez une clientèle potentielle de 15,000 à 25,000 personnes, d'après votre document. À la page 6, vous dites ceci:

La clientèle potentielle de la Maison Fraternité pourrait être estimée, d'après certaines statistiques (voir rapport ACORD) entre 15,000 et 25,000 personnes.

• 1100

Cela est bien au-delà de la norme dans notre société. Il y a véritablement une crise chez vous s'il faut se fier aux données du groupe qui vient de témoigner.

Comment se fait-il qu'un pourcentage aussi élevé de gens ait besoin de traitements? Vous dites dans votre document que 89 p. 100 de vos clients ont complété le stage intensif. Pouvez-vous m'expliquer le taux si élevé de besoin?

**M. Morin:** C'est possiblement basé sur la culture. Je ne puis que vous donner une opinion personnelle.

*[Translation]*

operating conditions of these organizations which will render them more capable of developing new services.

The capacity of the new organizations to invest in new programs seems in fact limited by the nature of their non-profit status and the constraints imposed upon them by their different sources of funding.

We hope that your initiative will also help unify government action between the federal and the provincial levels and facilitate the activities of organizations such as ours which support that action.

We hope that these comments will prove useful to you and we thank you for your attention.

**Le président:** C'est nous qui vous remercions. Je pense que les membres du Comité ont quelques courtes questions à vous poser. Madame Finestone, voulez-vous commencer?

**Mrs. Finestone:** Thank you. Your brief is very interesting. You offer a very special service in the Ottawa—Carleton region. You remind us of the language aspect in the equitable distribution of services throughout Canada.

I would like a clarification on that particular point. I believe that there are approximately 500,000 francophones in Ontario. Is that so?

**Mr. Georges Morin (Director of Fraternity House):** Possibly, but we have mainly statistics for eastern and northern Ontario.

**Mrs. Finestone:** What is the approximate number?

**Mr. Morin:** There are 89,000 in Ottawa—Carleton and in eastern Ontario there are 38,000. The total for eastern and northern Ontario adds up to 193,000.

**Mrs. Finestone:** It is more disturbing than I realized. We are told that 15% of the population are affected by psychosocial problems or drug abuse problems. According to your brief, you have a potential clientele of between 15,000 and 25,000 persons. On page 5 you say:

The potential clientele of Fraternity House could be estimated, according to some statistics (see ACORD Report) at between 15,000 and 25,000 persons.

It is much higher than the norm in our society. Judging from your information there must be a real crisis in this group of the population.

How is it that such a high percentage of people require treatment? In your brief you say that 89% of your clients completed the intensive program. Can you explain to me the high level of demand?

**Mr. Morin:** It may be related to culture. I can only give you a personal opinion.



[Texte]

**Mme Finestone:** Peut-être notre Comité devrait-il étudier cela de plus près. Les normes québécoises sont-elles différentes des normes ontariennes? Est-ce que le problème est plus grave dans la société francophone que dans la société anglophone? Je ne crois pas que ce soit le cas. Le bureau de l'ancien directeur de la protection de la jeunesse n'a pas eu de données démontrant une différence entre les deux secteurs de cette société.

Cela m'amène à ma deuxième question. Pour ce qui est des traitements, quel est le pourcentage d'hommes et de femmes, selon vos statistiques?

**M. Morin:** La clientèle de la Maison Fraternité est composée à 15 p. 100 de femmes.

**Mme Finestone:** Est-ce que parce qu'une plus petite proportion de femmes a des besoins ou parce que le dépistage fait défaut?

**M. Morin:** Il y a possiblement le dépistage. Il y a aussi le fait que notre résidence accueille les hommes et les femmes. Certaines femmes ont refusé de venir chez nous parce qu'il y avait des hommes dans la thérapie de groupe. Cela ne représente pas un pourcentage élevé, mais le phénomène existe.

L'autre raison, c'est qu'il y a toujours plus d'hommes, et c'est peut-être aussi une question de dépistage. Nous avons aussi remarqué que les femmes sont beaucoup plus portées à venir le soir. Il semble qu'elles sont plus disponibles le soir.

**Mme Finestone:** Vous dites qu'il n'y a pas de travailleuses et de travailleurs sociaux spécialisés en toxicomanie qui peuvent faire le suivi des cas dans les centres éloignés. Est-ce parce qu'il y a un manque de formation des travailleurs et travailleuses à cet égard, ou est-ce parce qu'on n'a pas assez d'argent pour les embaucher?

**M. Morin:** Il n'y a possiblement pas assez d'argent pour les embaucher. Jusqu'à l'an dernier, il y avait une personne spécialisée en toxicomanie dans Prescott—Russell. L'an dernier, on a décidé de transférer ce poste à l'administration centrale, à Cornwall. La personne doit maintenant partir de Cornwall pour se rendre à Prescott—Russell pour offrir ses services. Elle s'y rend une fois par semaine au lieu d'être sur les lieux cinq jours par semaine.

**Mme Finestone:** Donc, il y a un manque d'argent et un manque de personnel.

Je veux aborder la question sous l'angle de l'égalité d'accès et de l'égalité des chances, ce qui est le droit de tout Canadien et de toute Canadienne, tout en reconnaissant la différence et la séparation sur la base linguistique. Est-ce que vous avez des relations avec le Québec en ce qui concerne la formation de votre personnel? Y a-t-il des endroits en Ontario pour la formation de votre personnel?

**M. Morin:** Notre personnel a été formé surtout en Ontario. Nous avons quelques personnes qui sont diplômées en travail social de l'Université du Québec à

[Traduction]

**Mrs. Finestone:** Perhaps our committee should take a closer look at this. Is the norm in Quebec different from that in Ontario? Is the problem more serious in French-speaking Canada than in English-speaking Canada? I do not think so. The office of the former director of the Youth Protection Branch did not have any data demonstrating a difference between these two groups.

This brings me to my second question. As far as treatment goes, what is the breakdown between men and women?

**Mr. Morin:** Women account for 15% of the clientele of Fraternity House.

**Mrs. Finestone:** Is it because there is a smaller proportion of women with drug problems or because of inadequate detection?

**Mr. Morin:** It may be a problem of detection. There is also the fact that our residence accommodates both men and women. Certain women have refused to come because men would be in the therapy group. It is not a common reaction but it does occur.

The other reason there are always more men, and it may have something to do with detection, is that women are much more inclined to come in the evening. They are more likely to be available in the evening.

**Mrs. Finestone:** You mention the lack of social workers specialized in drug addiction to look after the follow-up of patients living in remote centres. Is it because training is not provided to social workers, or because there is not enough money to hire them?

**Mr. Morin:** There may not be enough money to hire them. Until last year there was one person specialized in drug addiction in Prescott-Russell. Last year it was decided to transfer this position to the head office in Cornwall. The person now has to travel from Cornwall to Prescott-Russell to provide service. She goes there once a week instead of being on the spot five days a week.

**Mrs. Finestone:** So there is a lack of money and a lack of personnel.

I would now like to look at the question from the point of view of equality of access and opportunity, to which all Canadians are entitled, taking into account the language difference. Do you have arrangements with Quebec for the training of your staff? Are there places in Ontario for the training of your staff?

**Mr. Morin:** Our staff has been trained mainly in Ontario. We do have a few persons who took degrees in social work from the University of Quebec in Hull, with a

## [Text]

Hull et qui sont spécialisées en psychothérapie. Ces gens-là, surtout ceux de l'Université du Québec à Hull, ont fait un stage d'un an chez nous ou au Pavillon Jellinek.

• 1105

Nous avons aussi, pour compléter cette formation, des spécialistes de l'Université Saint-Paul qui se spécialisent en psychothérapie. Ces professionnels nous aident quant à la formation.

**Mme Finestone:** Dites-moi, desservez-vous Sudbury, enfin tout le nord de l'Ontario où il y a un fort pourcentage de francophones?

**M. Morin:** C'est plutôt la section de Cochrane, Fauquier, Hearst, Iroquois Falls, Kapuskasing, Opatatika, Smooth Rock Falls et Timmins.

**Mme Finestone:** Vous desservez tout ce territoire?

**M. Morin:** Il y a des gens qui peuvent nous venir de tout ce territoire.

**Mme Finestone:** Avez-vous du personnel bilingue ou francophone sur place pour le dépistage et le suivi?

**M. Morin:** Surtout à Kapuskasing et à Hearst, il y a des personnes qui ont une formation en toxicomanie et qui nous réfèrent des gens. Nous ne recevons personne de certains des endroits que j'ai mentionnés, et c'est sans doute parce qu'il n'y a personne pour faire le dépistage et orienter les gens vers la Maison Fraternité.

**Mme Finestone:** Compilez-vous des statistiques? Plusieurs groupes ont dit que la clientèle se divisait en trois parties: un tiers réussit à s'en sortir au premier effort; un deuxième tiers réussit à s'en sortir au deuxième effort; quant à l'autre tiers, son état mental et physique ne s'améliorera jamais. D'après votre expérience, est-ce exact? Est-ce qu'une partie de vos activités consiste à faire de la recherche en vue d'améliorer le service ou de trouver de nouvelles modalités?

**M. Morin:** Le ministère de la Santé nationale ne nous a pas octroyé d'argent pour faire de la recherche. Cependant, au cours des 18 premiers mois de fonctionnement de la Maison Fraternité, de 1983 à 1984, nous avons obtenu certains octrois pour embaucher des étudiants au cours de l'été. De plus, l'*Addiction Research Foundation* nous a aidés à formuler des questionnaires nous permettant d'obtenir des résultats de recherche systématiques.

Pendant ces 18 mois, nous avons obtenu les résultats suivants: 54 p. 100 de nos anciens clients ont répondu au questionnaire; 66 p. 100 d'entre eux ont indiqué qu'ils étaient demeurés sobres continuellement et 15 p. 100 avaient eu une rechute mais étaient redevenus sobres. Alors, nous pouvons dire que 19 p. 100 de nos clients sont retournés à l'alcool d'une manière continue.

**Mme Finestone:** Je pense qu'on doit vous féliciter pour ce taux de réussite impressionnant. Soixante-six p. 100, c'est fantastique.

**M. Morin:** Nous sommes surpris nous-mêmes.

## [Translation]

major in psychotherapy. These people, particularly those from the University of Quebec in Hull, have completed a one-year probationary period with Fraternity House or the Jellinek Pavillion.

Additional training is also provided by specialists in psychotherapy from St. Paul University.

**Mrs. Finestone:** Tell me, do you also serve Sudbury and Northern Ontario where there is a large percentage of francophones?

**Mr. Morin:** The areas served would be Cochrane, Fauquier, Hearst, Iroquois Falls, Kapuskasing, Opatatika, Smooth Rock Falls and Timmins.

**Mrs. Finestone:** Do you serve all that territory?

**Mr. Morin:** People may come to us from all those places.

**Mrs. Finestone:** Do you have local, bilingual or francophone staff for detection and follow-up?

**Mr. Morin:** In Kapuskasing and Hearst in particular, there are people with training in drug abuse who refer people to us. We have not had anyone from some of the places I mentioned, probably because there is no one to look after detection and direct people to Fraternity House.

**Mrs. Finestone:** Do you keep statistics? A number of groups have told us that drug abusers can be divided into three categories: one third overcome their addiction at the first attempt; another third succeed after the second try, as for the remaining third, their mental and physical state will never improve. Does your experience bear this out? Do you also do research aimed at improving service or finding new methods of treatment?

**Mr. Morin:** The Department of Health and Welfare has not given us any money for research. However, during the first 18 months of Fraternity House's operation, from 1983 to 1984, we did obtain some grants to hire summer students. The Addiction Research Foundation also helped us develop questionnaires to obtain systematic information on our work.

Over this period of 18 months the following results were obtained: 54% of our former clients answered the questionnaire; 66% of them said that they had abstained regularly and 15%, after a relapse, had gone on to remain sober. This means that 19% of our clients had gone back to their old drinking habits.

**Mrs. Finestone:** I think you should be congratulated for an impressive success rate. 66% is fantastic.

**Mr. Morin:** We are surprised ourselves.



[Texte]

**Le président:** Monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** Le Comité doit faire des recommandations en vue d'attaquer le problème de la drogue au niveau fédéral. Avez-vous des recommandations à nous faire à ce sujet?

**M. Morin:** Actuellement, nous dépendons beaucoup du ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social pour toute notre publicité francophone.

• 1110

Quant aux seules publications françaises, elles sont offertes par le ministère fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social. Au niveau provincial, il nous est impossible, présentement, d'obtenir de la publicité en français. C'est la raison pour laquelle nous aimerions que ce ministère obtienne les sommes nécessaires pour traduire toutes les publications anglaises.

**M. McCurdy:** D'autres témoins nous ont présenté des recommandations. Êtes-vous d'accord avec eux?

**M. Morin:** Les témoins qui ont comparu avant nous?

**M. McCurdy:** On nous a dit que les jeunes ont de plus en plus besoins d'aide.

**M. Morin:** Que je sache, la jeunesse francophone de cette région n'a pas accès à un service de ce genre. Le Conseil offre présentement des programmes en toxicomanie. Rideauwood dessert seulement les jeunes anglophones. L'Hôpital Royal qui devrait offrir des services bilingues ne peut répondre aux besoins des francophones.

Donc, les jeunes francophones ont énormément de difficulté à obtenir des services dans leur langue. C'est la raison pour laquelle le Conseil des programmes en toxicomanie d'Ottawa—Carleton a fait des représentations au ministère *Community and Social Services* et au ministère de la Santé de l'Ontario pour obtenir une résidence spéciale pour les jeunes toxicomanes francophones. Nous n'avons pas encore obtenu de réponse et c'est pour cela que nous avons souligné cette anomalie dans notre présentation.

La Maison Fraternité a pour mandat d'aider les adultes toxicomanes. Nous recevons des subventions du *Community and Social Services* et du ministère de la Santé de l'Ontario. Si les directeurs d'écoles requièrent nos services, tout ce que nous pouvons faire c'est de les référer à un thérapeute. Nous ne pouvons leur offrir nos services parce que nous sommes débordés.

Vous remarquerez que, dans notre présentation, nous parlons souvent du nombre de lits et du personnel requis pour desservir un tel pourcentage de la population. Cela est bien beau mais, aussitôt que les services sont en place on s'aperçoit que ce n'est pas suffisant. Nous sommes débordés. Au début, nous avions cinq personnes ressources et nous ne pouvions suffire à la tâche. Nous en avons maintenant 13 et nous ne pouvons pas répondre à la demande.

[Traduction]

**The Chairman:** Mr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** The committee is to make recommendations on how the drug problem can be attacked at the federal level. Do you have any recommendations to make?

**Mr. Morin:** At the present time, we are heavily dependent on the Department of National Health and Welfare for our French-language advertising.

The only publications in French are provided by Health and Welfare Canada. At present, it is impossible for us to obtain publicity published by the province in French. This is why we would like your department to obtain the funding required to translate all publications in English.

**Mr. McCurdy:** Other witnesses have made recommendations. Do you agree with them?

**Mr. Morin:** Do you mean the witnesses who appeared before we did?

**Mr. McCurdy:** We were told that young people's need for assistance is increasing.

**Mr. Morin:** As far as I know, French-speaking young people in this area do not have access to this type of service. The Council on Drug Addiction Programs of Ottawa—Carleton currently provides drug addiction programs. The Rideauwood Institute services to young people are in English only. The Royal Ottawa Hospital, which should provide bilingual services, cannot meet the needs of francophones.

As a result, young francophones have a great deal of difficulty in obtaining services in their language. For this reason, the Council on Drug Addiction Programs of Ottawa—Carleton has made representations to the Ontario Ministry of Community and Social Services and to the Ministry of Health in order to obtain a special residence for young French-speaking drug addicts. We have still not had a reply and this is why we noted this discrepancy in our presentation.

The purpose of Fraternity House is to assist adult drug addicts. We receive grants from the Ontario Ministry of Community and Social Services and the Ministry of Health. If school principals require our services, all we can do is refer them to a therapist. We cannot cope with the extra demand.

You will note in our presentation that we often speak of the number of beds and the staff required to serve a given percentage of the population. This is all well and good, but as soon as the services are set up they turn out to be inadequate. We are very understaffed. Initially we had five resource persons and we could not meet the demand. We now have 13, and we cannot meet the demand.



## [Text]

Donc, mon message est le suivant. Si vous croyez qu'une somme de 1 million de dollars pourra pallier aux besoins, eh bien moi, je vous demande de doubler ce montant. Parce qu'aussitôt que les gens vont savoir que les services sont offerts les demandes vont doubler. La première année, le ministère de la Santé de l'Ontario nous a dit: Si vous avez 90 clients, nous serons très heureux. Nous en avons eu 212. Cela prouve donc que, dès qu'un service du genre est offert, la demande double.

On peut faire des statistiques du matin au soir, mais cela ne représente pas réellement les besoins. Les toxicomanes ont de la difficulté à avouer leur dépendance aux drogues et ils hésitent à demander de l'aide.

• 1115

Ma secrétaire me disait ce matin que le téléphone n'arrête pas de sonner. Les gens veulent se renseigner. Nous pourrions offrir d'autres services mais nous n'avons pas le personnel requis. Nous n'avons pas les ressources financières voulues pour répondre aux besoins de la population francophone.

La Maison Fraternité est le seul centre de traitements intensifs psycho-social en Ontario. Nous existons depuis 1983 seulement, et cela grâce au Conseil de planification sociale d'Ottawa—Carleton qui a fait des pressions auprès des ministères.

**Mme Finestone:** Ce que je ne comprends pas, c'est qu'il n'existe aucun service de prévention ou de traitement pour la jeunesse francophone de l'Ontario.

**M. Morin:** Il n'en existe aucun. Nous avons le comité *Addiction Awareness Week* composé de bénévoles, qui doit rencontrer les directeurs d'école et les policiers, au mois de novembre. C'est le seul service de prévention que nous puissions offrir.

**Mme Finestone:** Il n'y a aucun service de traitement!

**M. Morin:** Il n'y a aucun service de traitement disponible pour la jeunesse francophone.

**Mme Finestone:** Merci.

**Mr. Chairman,** I am a replacement on this committee and I have no idea of the extent of your investigation. From the federal perspective related to equality of treatment and equality of access to both language groups in our society, I would hope that the committee will investigate the accessibility of service, both preventive and direct treatment, to francophones outside Quebec. It seems to me that would be a good direction for this committee, amongst the other responsibilities it has undertaken, to address.

**The Chairman:** Well, Mrs. Finestone, I am—

**M. Morin:** Monsieur le président, le comité du Conseil des programmes en toxicomanie d'Ottawa—Carleton a déjà présenté une demande à cet effet. Si vous le désirez, nous pourrions vous en faire parvenir une copie. Vous y trouverez beaucoup d'informations sur le sujet.

**The Chairman:** I think it would be helpful if you could send that to us so our researcher could pursue this

## [Translation]

So my message is as follows. You may feel that the sum of \$1 million could alleviate these needs, but I am asking you for twice as much, because as soon as people are aware that the services are available, the demand will double. In our first year, the Ontario Ministry of Health told us that if we had 90 clients they would be very happy. We had 212 clients. This proves that as soon as a service of this type is available, demand doubles.

One can draw up statistics all day long, but they do not really represent the need. Drug addicts have difficulty admitting their dependence on drugs and they hesitate to ask for help.

My secretary told me this morning that the telephone was ringing incessantly. People want information. We could provide other services, but we do not have the necessary personnel. We do not have the financial resources required to meet the needs of the French-speaking population.

Fraternity House is Ontario's only centre for intensive psychosocial treatment. It has been in existence only since 1983, and that was thanks to the Social Planning Council of Ottawa—Carleton, which lobbied the ministries.

**Mrs. Finestone:** What I do not understand is that there are no prevention or treatment services for French-speaking young people in Ontario.

**Mr. Morin:** There are none. There is the volunteer Addiction Awareness Week committee, which is to meet school principals and police officers in November. This is the only prevention service that we are able to provide.

**Mrs. Finestone:** There are no treatment services!

**Mr. Morin:** There are no treatment services available for French-speaking young people.

**Mrs. Finestone:** Thank you.

Monsieur le président, je suis une remplaçante au sein de ce comité et je n'ai aucune idée de l'étendue de votre enquête. Du point de vue fédéral, en ce qui concerne un traitement égal et un accès égal pour les deux groupes linguistiques dans notre société, j'ose espérer que le Comité examinera l'accessibilité des services de prévention et de traitement actifs fournis aux francophones hors Québec. Voilà un autre sujet de réflexion approprié pour ce comité, me semble-t-il.

**Le président:** Eh bien, madame Finestone, je suis. . .

**Mr. Morin:** Mr. Chairman, the Council on Drug Addiction Programs of Ottawa—Carleton has already presented such a request. If you wish we can send you a copy of it. You will find in this request a great deal of information on this topic.

**Le président:** Je pense qu'il serait utile que vous nous l'envoyiez, pour que notre chercheuse puisse approfondir

[Texte]

problem further. We have not missed this problem you brought to our attention today, and I am sure we will want to look into that before we make our recommendations. Thank you for highlighting that, Mrs. Finestone.

**M. Morin:** Merci.

**Mme Finestone:** Merci pour votre témoignage, c'était fort intéressant.

**The Chairman:** May I, on behalf of all the committee, those who are here and those who are not here, thank the witnesses from *la Maison Fraternité* for being with us today and answering the questions so effectively.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

le problème. Nous avons bien noté le problème que vous avez soulevé aujourd'hui, et je suis certain que nous voudrions l'examiner avant de faire nos recommandations. Merci de l'avoir souligné, madame Finestone.

**Mr. Morin:** Thank you.

**Mrs. Finestone:** Thank you for your testimony. It was quite interesting.

**Le président:** Au nom des membres présents et absents du Comité, j'aimerais remercier les témoins de la Maison Fraternité d'avoir assisté à notre séance aujourd'hui et d'avoir répondu de façon si efficace aux questions.

La séance est levée.



















*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the House of Commons:*

Alan Redway, M.P.

*From the Rideauwood Institute:*

Paul Welsh, Executive Director;

Sam Waldner, Professional Counselor.

*From Maison Fraternité:*

Jocelyne Robertson, Team Chief;

Georges Morin, Director.

#### TÉMOINS

*De la Chambre des communes:*

Alan Redway, député.

*De l'Institut Rideauwood:*

Paul Welsh, directeur exécutif;

Sam Waldner, conseiller professionnel.

*De la Maison Fraternité:*

Jocelyne Robertson, chef d'équipe;

Georges Morin, directeur.



111

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 15

Monday, April 6, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 15

Le lundi 6 avril 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

**National Health and  
Welfare**

**Santé nationale et  
Bien-être social**

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to the  
study of alcohol and drug abuse

CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement, relatif au mandat du ministère de la  
Santé nationale et du Bien-être social relativement à  
l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONDAY, APRIL 6, 1987

(20)

*[Text]*

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:08 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Barry Turner.

*Acting Members present:* Gilles Grondin for Sheila Copps; Bill Lesick for Brian White.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

*Witnesses: From Pavillon Jellinek:* Guy Charpentier, Director; Denise Couture, Head of the Youth Program. *From Youth Alcohol and Drug Community Action:* Josephine V. MacFadden, Interim Co-ordinator; Anthony J. Sullivan, Youth Advisor and Representative; Miles Romain, Youth Representative; Veronica Bell, Youth Representative; Rev. Tom Wilson, Addictions Counsellor.

The Committee resumed consideration of its Orders of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

Guy Charpentier made a statement, and with the other witness, answered questions.

Josephine V. MacFadden and Anthony Sullivan made statements and, with the other witnesses, answered questions.

At 9:03 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE LUNDI 6 AVRIL 1987

(20)

*[Traduction]*

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 08, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Barry Turner.

*Membres suppléants présents:* Gilles Grondin remplace Sheila Copps; Bill Lesick remplace Brian White.

*Aussi présent: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton, attaché de recherche.

*Témoins: De Pavillon Jellinek:* Guy Charpentier, directeur; Denise Couture, chef du programme Enfance-jeunesse. *De l'Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes:* Josephine V. MacFadden, coordonnatrice intérimaire; Anthony J. Sullivan, conseiller et représentant des jeunes; Miles Romain, représentant des jeunes; Veronica Bell, représentante des jeunes; révérend Tom Wilson, conseiller en matière de toxicomanie.

En vertu des pouvoirs que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité continue d'étudier son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif des drogues et de l'alcool.

Guy Charpentier fait une déclaration, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

Josephine V. MacFadden et Anthony Sullivan font des déclarations, puis eux-mêmes et les autres témoins répondent aux questions.

À 21 h 03, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell



## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, April 6, 1987

• 1908

**The Chairman:** The Chair sees a quorum. We are here today to consider Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

For our first witnesses today we have representatives from the Pavillon Jellinek, Mr. Guy Charpentier, who is the Director, and Miss Denise Couture, head of the youth program. We want to welcome both of you here. We have been hearing a number of witnesses over the last few weeks and we are today pleased to have groups here from the Ottawa-Hull region and we appreciate your presence.

I believe we have been provided with a copy of your brief and if you would like to go through that with us, perhaps in a summary fashion if you can or whatever way you feel is in order, then we will have some questions.

**M. Guy Charpentier (directeur général, Pavillon Jellinek):** Merci, monsieur le président. Nous ne représentons pas une commission provinciale en toxicomanie ni une association d'organismes, mais nous représentons tout de même trois organismes dans un petit territoire, soit la Région 07, c'est-à-dire l'Outaouais québécois, qui compte environ 250,000 habitants.

Ces trois organismes sont le Pavillon Jellinek, qui est un centre de traitement en toxicomanie, la Fondation Jellinek dont le président n'est pas présent ce soir, et le Département de santé communautaire, qui est impliqué au niveau de la planification en prévention et qui est représenté par Mme Denise Couture.

En premier lieu, monsieur le président, nous allons résumer brièvement les principales conclusions d'une recherche à trois volets effectuée dans l'Outaouais québécois, au printemps 1984. En deuxième lieu, nous allons relever les lacunes principales que nous constatons dans l'organisation et la distribution des services.

• 1910

Cette recherche est des plus importantes parce que, à notre connaissance, c'est la dernière recherche épidémiologique qui a été faite au Québec. Elle nous a permis de déterminer le taux de consommation chez les jeunes vivant en milieu mi-urbain et mi-rural. Nous avons essayé de tirer quelques points de comparaison avec une recherche antérieure faite dans la région de Montréal.

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 6 avril 1987

**Le président:** Nous avons maintenant le quorum, et j'ouvre donc la séance. Nous entendons des témoins aujourd'hui conformément à notre ordre de renvoi en vertu de l'article 96(2) du Règlement quant au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui concerne l'examen de la question de l'alcoolisme et de la toxicomanie.

Nos premiers témoins aujourd'hui sont les représentants du Pavillon Jellinek, M. Guy Charpentier, directeur, et M<sup>me</sup> Denise Couture, directrice du programme enfance-jeunesse. Nous vous souhaitons la bienvenue devant le comité. Nous recevons des témoignages sur ce sujet depuis plusieurs semaines, et nous sommes très heureux d'avoir aujourd'hui l'occasion d'entendre le point de vue de groupes de la région d'Ottawa-Hull. Nous apprécions donc votre présence ce soir.

Je crois que nous avons déjà une copie de votre mémoire, et si vous voulez bien nous le présenter, soit en nous donnant simplement un résumé soit intégralement—c'est à vous de décider—ensuite nous passerons aux questions des députés.

**Mr. Guy Charpentier (Director General, Pavillon Jellinek):** Thank you, Mr. Chairman. We represent neither a provincial commission working in the area of drug abuse, nor an association of organizations; we do, however, represent three specific organizations working within a very small area, region 07—the Outaouais region, on the Quebec side, which includes about 250,000 people.

These three organizations are: Pavillon Jellinek, which is a drug abuse treatment facility, the *Fondation Jellinek*, whose president is not here this evening, and the Community Health Department, which is involved in prevention planning and is represented by Mrs. Denise Couture.

Mr. Chairman, we would like to begin this evening by giving you a brief summary of the main findings of a three-part study of addiction conducted in the Quebec-Outaouais region in the spring of 1984. In the second part of our presentation, we will point out what we see as the main gaps in terms of the organization and distribution of services.

This research is very significant because as far as we know, it is the most recent epidemiological research conducted in Quebec. Through it, we were able to determine the degree of drug use among young people living in semi-urban and semi-rural areas. We have attempted to draw some comparisons with previous research conducted in the Montreal region.

## [Texte]

La recherche s'est faite dans l'ensemble des écoles secondaires de l'Outaouais. Elle visait à obtenir des données sur la consommation d'alcool et de drogues par les élèves des niveaux Secondaire I à VI. La population totale était de 16,318 étudiants et l'échantillonnage de 1,500. Et on a reçu 1,117 réponses.

## Que nous apprend cette enquête?

Premièrement, elle nous apprend que la consommation d'une seule drogue est devenue un phénomène rare chez les jeunes qui en consomment beaucoup. Cela veut donc dire qu'on se retrouve surtout avec des polyconsommateurs.

Deuxièmement, il y a dans nos écoles un nombre assez important de moyens et de gros polyconsommateurs. Un «moyen polyconsommateur», selon les termes de la recherche, est quelqu'un qui consomme soit trois produits différents régulièrement ou deux produits régulièrement et deux occasionnellement. Mais cela donne toujours à peu près un ensemble de trois produits consommés de façon assez régulière. Les «gros polyconsommateurs»—et on pourra trouver cela dans la recherche—consomment quatre produits différents régulièrement ou trois produits régulièrement et plusieurs occasionnellement.

Ce que nous avons découvert c'est qu'il y a 9.4 p. 100 des étudiants, au niveau Secondaire, qui seraient de «moyens» ou de «gros» polyconsommateurs. Les moyens polyconsommateurs consomment surtout le tabac, l'alcool et le cannabis. Les gros polyconsommateurs consomment des médicaments, des drogues chimiques, de la cocaïne et, certains, de la colle.

Je me permets de souligner, à ce moment-ci, que la consommation régulière est plus élevée pour certains produits. Vous constaterez, dans la documentation que nous vous avons remise, que chaque fois qu'on consomme quelque chose, on consomme beaucoup d'alcool et autres produits. Les intoxications sont fréquentes chez les adolescents. Si on se base sur les statistiques, on pourrait dire que, dans notre région, 3,000 à 4,000 jeunes de 12 à 18 ans consomment des drogues au moins une fois par semaine.

La recherche compare également différentes variables. Vous pourrez trouver ces comparaisons dans le texte de la recherche elle-même.

Il est possible que certains consommateurs faisant partie du 9.4 p. 100 de «moyens» et «gros» polyconsommateurs modifieront leur comportement lorsqu'ils entreront sur le marché du travail, se marieront, etc. Il est possible aussi que d'autres rejoignent les rangs des «forts» consommateurs à mesure que leur capacité financière s'améliorera et leur permette d'acheter davantage de drogues. Il faudrait ajouter à ces jeunes qui sont déjà en «danger» potentiel, sinon réel, tous ceux qui ne sont pas identifiés. Cela s'est fait dans les écoles et nous avons raison de croire que les «décocheurs» comptent parmi les «gros» consommateurs. Donc, pour obtenir des statistiques plus précises sur la consommation de drogues dans

## [Traduction]

This study was carried out in high schools throughout the Outaouais region. Our goal was to gather data on alcohol and drug use among students at secondary levels one to six. The total student population was 16,318, and the sample used was 1,500 students. 1,117 students responded to our survey.

## What did we learn from this study?

First of all, we learned that the use of a single drug has become rare among young people who frequently use drugs. In other words, we were dealing primarily with what are known as multiple users.

Secondly, we have, in our schools, a significant number of both moderate and heavy multiple users. A "moderate multiple user", is, according to the definition used in the study, someone who uses three different substances on a regular basis, or two substances regularly and two occasionally. But the basic result most of the time is that three different substances are used on a fairly regular basis. The "heavy multiple users"—and again this is a definition used in the research study—used four different substances regularly, or three substances regularly and several others occasionally.

What we discovered is that 9.4% of students at the secondary level are either "moderate" or "heavy" multiple users. The moderate multiple users tend to use primarily tobacco, alcohol and cannabis. The heavy multiple users use pharmaceutical drugs, chemical drugs, cocaine and, in some cases, glue.

I would just like to point out at this stage that some substances are used more regularly than others. In the documentation we have provided, you will see that when any substance is used, there is always a high consumption of alcohol and other products as well. Drug abuse is frequent among adolescents. Based on the statistics, in our region, between 3,000 and 4,000 young people age from 12 to 18 used drugs at least once a week.

The research also compares different variables. You will find these comparisons in the document where an analysis of the research is provided.

It is possible that some users who are part of the 9.4% of those classified as "moderate" or "heavy" multiple users will modify their behaviour when they enter the labour market or get married, for instance. It is also possible that some will join the ranks of the heavy drug abusers as their financial situation improves, thus enabling them to buy more drugs. Also, in addition to the young people whom we already know to be in potential and perhaps real danger, there are all those who have not yet been identified. This study was conducted in the schools, and we have reason to believe that the dropouts are among the heavy drug users. Consequently, in order to obtain more precise statistics on drug abuse in the



## [Text]

l'Outaouais, il faudrait ajouter ces jeunes consommateurs qui ont abandonné l'école.

Cela donne, je pense, une idée de la situation chez les étudiants de la région comparée à celle des étudiants de Montréal révélée dans une enquête antérieure. L'Outaouais compterait proportionnellement le double de «moyens» polyconsommateurs et trois fois plus de «gros» polyconsommateurs. Et dans la conclusion d'un article paru dans le *Canadian Medical Association Journal* de juin 1986, Korcok cite un sondage effectué dans les écoles de l'État de New York, sondage qui rapporte que 11 p. 100 des étudiants de 12 à 17 ans se considèrent toxicomanes et que 100,000 enfants de 10 et 11 ans s'intoxiquent au moins une fois par semaine. Le problème que nous vivons présentement n'est pas aussi grave que celui mentionné par Korcok, mais nous devons admettre qu'il est plus sérieux que celui que l'on retrouve dans la région de Montréal.

• 1915

C'est à peu près tout ce que j'ai à dire en ce qui concerne l'enquête que nous avons effectuée. Je voulais tout simplement vous parler ce que nous avons fait pour tenter de remédier à la situation.

Je voudrais maintenant souligner quelques lacunes qu'on a relevées au niveau des services. Ensuite, je céderai la parole à Mme Couture qui va vous parler de prévention.

Au niveau provincial—et je ne sais pas comment votre Comité pourrait intervenir ou faire quoi que ce soit à ce sujet—nous avons constaté l'absence, au Québec, d'un organisme similaire à ceux qui existent en Alberta ou en Ontario. Nous sommes particulièrement impressionnés par ce que l'AADAC fait en Alberta. Nous n'avons pas d'organisme du genre, au Québec, à savoir, un organisme qui coordonne la prévention, la recherche et le traitement.

En ce qui concerne le traitement, j'ai mentionné, dans la synthèse que je vous ai présentée, cinq points auxquels je pourrai répondre lors de la période des questions. J'aimerais ajouter qu'il y a une chose que nous n'avons pas soulignée, je veux dire l'absence de ressources spécifiques pour les jeunes. Et quand je parle de jeunes, je parle des jeunes de 12 à 18 ans. Il n'y a pas, à ma connaissance, au Québec, d'organismes qui s'occupent de ces jeunes-là, au plan résidentiel. Un organisme comme le nôtre, par exemple, va s'en occuper sur le plan externe. Nous sommes allés voir ce qui se fait aux États-Unis dans ce domaine et nous avons constaté qu'il existait plusieurs centres résidentiels pour les jeunes.

Au Québec, un organisme privé a tenté l'expérience mais il a dû fermer lorsqu'il s'est retrouvé à court de fonds. Le Pavillon Jellinek a fait une demande auprès du gouvernement provincial pour pouvoir organiser un tel centre, mais nous attendons toujours une réponse.

Sur le plan des recherches, nous croyons que celles-ci doivent être centrées sur le processus d'intervention. Nous

## [Translation]

Outaouais region, we would have include the young drug abusers who have dropped out of school.

I believe that gives you an idea of the situation of students in Outaouais schools, as compared with that of students in the Montreal region revealed in a previous study. The Outaouais region has proportionally twice as many moderate multiple users, and three times as many heavy multiple users. And in an article that appeared in the *Canadian Medical Association Journal* in June of 1986 Korcok mentions a survey conducted in schools in the State of New York that reported 11% of students aged 12 to 17 consider themselves addicts, and that 100,000 children age 10 or 11 abuse drugs at least once a week. The situation we are dealing with at the present time is not as serious as the one mentioned by Korcok, but we must also recognize that it is more serious than the situation in the Montreal region.

That pretty well concludes my remarks regarding the study we carried out. I just wanted to make you aware of what we did in an attempt to improve things.

I would now like to move on to some of the shortcomings we noted in services. I will then give the floor to Mrs. Couture to discuss prevention.

At the provincial level—and I do not know how your committee could really do anything about this—we have noted the lack, in the Province of Quebec, of an organization similar to those that exist in Alberta or Ontario. We find the work of the AADAC in Alberta particularly impressive. But in Quebec, we have no such organization to coordinate prevention, research and treatment.

As regards treatment, there are five points listed in the brief with respect to treatment that I would be happy to answer questions on later on. I would just like to add that there is one thing we did not mention, namely the lack of resources specifically earmarked for young people. And when I talk about young people, I mean children aged from 12 to 18. As far as I know, Quebec has no organizations to deal with young people as in-patients. An organization such as ours, for example, treats them as out-patients. We went to the United States in order to see what exactly is being done there in this area, and we discovered that there are several residential centres for young people.

In Quebec, a private organization attempted something like this but ended up having to close its doors for lack of money. The *Pavillon Jellinek* has requested assistance from the provincial government to set up this kind of centre, but we have yet to receive an answer.

In terms of research, we believe that it must be focused on the intervention process. We are currently conducting



[Texte]

avons une recherche en cours présentement au Pavillon Jellinek. Évidemment, il nous faudrait faire d'autres recherches épidémiologiques.

Merci monsieur le président.

**Le président:** Madame Couture.

**Mme Denise Couture (chef de Programme Enfance-jeunesse, Pavillon Jellinek):** Monsieur le président, l'étude comprenait trois volets. M. Charpentier vous a parlé du volet concernant les habitudes de consommation chez les jeunes.

Le premier volet avait pour objectif de connaître le niveau d'information, c'est-à-dire les services, les modalités de consommation, les attitudes face à la consommation et les besoins exprimés par les jeunes. Il y a eu, dans la région, huit entrevues de groupes. Les thèmes suivants ont été abordés: l'étendue des connaissances des jeunes sur la drogue en général; leur évaluation de l'importance du phénomène de la consommation autour d'eux; le niveau d'information dont disposent et que souhaitent les jeunes; l'impact de l'intervention des adultes, et l'implication personnelle de chaque participant face au problème.

Les résultats obtenus nous apprennent entre autres, que:

- les jeunes peuvent nommer plusieurs produits, mais ils les connaissent que très superficiellement et sont incapables d'en faire une classification véritable;

- la drogue fait partie de l'univers quotidien des jeunes du Secondaire;

- les jeunes se disent très peu ou mal renseignés sur les drogues et ils veulent avoir de l'information. Ils veulent aussi connaître les effets de la drogue sur leur santé;

- les jeunes demandent de l'information dans un langage accessible et non moralisateur;

- les jeunes ne veulent pas se faire punir. Ils veulent parler, recevoir de la compréhension, de l'aide et de l'encouragement;

Pour ce qui est de l'aspect juridique de la drogue nous avons découvert que:

- les jeunes savent que la drogue est illégale, mais n'ont pas vraiment le sentiment d'agir incorrectement en la consommant;

• 1920

- la violence policière est souvent dénoncée par les jeunes;

- les jeunes affirment que les problèmes scolaires, familiaux et sociaux qu'ils doivent affronter à tous les jours les motivent à faire usage des drogues;

En conclusion, nous croyons, que pour résoudre le problème de la drogue, il nous faudrait trouver une solution à tous les problèmes des jeunes.

[Traduction]

research at *Pavillon Jellinek*. But there is, of course, a need for further epidemiological research.

Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Mrs. Couture.

**Mrs. Denise Couture (Director of the Youth Program, Pavillon Jellinek):** Mr. Chairman, the study had three parts to it. Mr. Charpentier has already discussed that part of the study that related to patterns of drug use among young people.

The purpose of the first phase of the study was to determine how knowledgeable young people are about services, the way drugs are used and the consequences of their abuse, and to determine their attitude towards drug abuse and the needs of young people, as they have expressed them. Throughout the region, there were eight group interviews. The following themes were addressed: The extent of their knowledge about drugs in general; their assessment of how widespread drug abuse actually is among young people; how much information they actually have and how much they would like to have; the impact of adult intervention, and the personal involvement of each participant.

Our research revealed the following:

- That young people can name several substances but know very little about them and are really unable to categorize them;

- That drugs are a fact of life for high school students;

- That young people claim to know almost nothing about drugs and want to be better informed on the subject. They also want information on the effects of drug use on their health;

- That young people want information in a language they can understand that does not sermonize;

- That young people do not want to be punished; they want to be able to speak their mind, be treated with sympathy, and receive help and encouragement;

As far as the legal aspect of drug use is concerned, we also discovered:

- That young people know that drugs are illegal, but do not really feel that they are breaking the law by using them;

- That young people are extremely critical of police violence;

- That young people claim the school, family and social problems they face on a daily basis prompt them to use drugs.

In conclusion, we believe that in order to solve the drug problem, we must find a solution to all the problems afflicting young people.

**[Text]**

Je vous ai présenté le volet I. Je passe maintenant au volet III de notre étude.

Le volet III avait pour objectif de connaître les impressions des intervenants vis-à-vis les modalités de consommation des drogues par les jeunes, les services qu'ils offraient aux jeunes et ce que les jeunes souhaitaient obtenir. Nous avons procédé de la même façon que pour les deux autres volets et nous vous présentons les résultats obtenus.

—les intervenants—et quand je parle des «intervenants», je parle des représentants des commissions scolaires, des services de loisirs, des centres d'accueil, des parents et des jeunes aussi—considèrent la consommation des drogues comme un phénomène d'envergure et répandu dans toute la région;

—les intervenants considèrent que la consommation est un problème qui commence tôt. Certains jeunes débutent à l'âge de 10 ans;

—les intervenants considèrent également l'importance de l'âge dans la compréhension des différentes modalités de consommation;

—les intervenants considèrent l'importance des modèles de consommation, tels que les parents et les «gangs» comme facteurs pouvant faciliter la consommation des drogues, de même que la disponibilité. Au niveau psychologique, la curiosité, la recherche d'expériences et les problèmes agissent comme motivation à consommer;

—certains intervenants parlent de la peur des drogues chez certains jeunes; cette peur serait reliée à une méconnaissance des drogues et à un manque d'autonomie;

—les intervenants demandent de recevoir de la formation visant à développer des attitudes leur permettant d'aider le jeune dans sa prise en charge.

Je vous remets une copie des volets I et II de l'étude ainsi qu'une copie de notre programme d'intervention.

Notre programme de prévention s'applique au niveau primaire, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année, et au Secondaire I. Toutes les données recueillies nous ont permis d'élaborer des activités.

J'aimerais souligner qu'il n'y a pas assez de matériel éducatif en français. Il y a beaucoup de films qui sont disponibles en anglais, mais très peu en français. Nous en avons quelques-uns présentement, mais après un an ou deux, il faut changer d'activités et nous aurions besoins de nouveaux vidéos. Il y a donc une lacune de ce côté-là.

Je pense qu'il serait intéressant aussi d'avoir une politique provinciale qui définirait le rôle de chacun.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, madame Couture. Monsieur Grondin, vous avez dix minutes.

**M. Grondin:** Merci, monsieur le président.

Monsieur Charpentier, vous avez abordé tout à l'heure un sujet qui me préoccupe beaucoup. Vous avez comparé les statistiques de la région de l'Outaouais à celles de

**[Translation]**

I have just outlined phase one. I will now move on to phase three of our study.

The purpose of phase three was to register the impressions of people working in this area with respect to patterns of drug use by young people, services available to them and the types of services that young people would like to receive. Our procedure was the same as for the other two phases of the study, and here are the results.

—Intervenors—and when I talk about “intervenors”, I am referring to people who represent school boards, recreational services, drop-in centres, parents and young people as well—consider drug use to be a significant social problem and one that is widespread throughout the region;

—They note that the use of drugs and alcohol is a problem that begins early, sometimes among children as young as 10 years old;

—They also consider age to be significant in understanding the various patterns of drug use;

—They also consider that models are significant in terms of drug use, that both parents and peers or the desire to be part of the gang can make the use of drugs easier and increase their availability. At the psychological level, curiosity, the search for new experiences and personal problems serve to encourage drug use;

—Certain intervenors mention the fact that some young people are afraid of drugs, possibly because of their lack of information about them or their lack of independence;

—Finally, they ask that training be made available to help them develop the kind of attitudes that would enable them to help people take charge of their own lives.

I am providing you with a copy of phases one and two of our study, as well as a copy of our treatment program.

Our prevention program begins at the primary level, in 5th and 6th grade, as well as in the first year at the secondary level. The data collected through the study enabled us to develop specific activities.

I would like to stress that there is a lack of educational material in French. There are a lot of films available in English, but very few in French. We do have one or two now, but after a year or two, there is a need to make changes and we therefore require new videos. So there is a definite lack in that regard.

I also think there is a need for a provincial policy clearly defining everyone's role.

Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mrs. Couture. Mr. Grondin, you have 10 minutes.

**Mr. Grondin:** Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Charpentier, you raised an issue earlier that concerns me greatly. You compared statistics for the Outaouais region to those that apply to Montreal, and you



[Texte]

Montréal et vous êtes arrivé à la conclusion que, dans l'Outaouais, il pouvait y avoir de deux à trois fois plus de personnes qui font usage des drogues que dans la région de Montréal.

Est-ce que vous croyez que ce phénomène existe dans toutes les régions du Québec ou s'il existe seulement dans votre région?

**M. Charpentier:** Je ne sais vraiment pas. On a été un peu surpris de trouver cela dans notre région. Il faut dire que l'Outaouais québécois, entre autres, détient plusieurs «trophées» dont on n'est pas très fiers et on ne sait pas s'il y a des liens entre tout cela. On a un taux de criminalité très élevé. Les taux de divorces et les taux de suicide sont également très élevés. Donc, il y a une série de problèmes. Actuellement, il y a des recherches qui se font pour en connaître les causes. Il est possible qu'il y ait un lien aussi avec la forte consommation de drogues et d'alcool.

**M. Grondin:** J'ai eu l'occasion de travailler dans le domaine de l'éducation et ce, au niveau secondaire. On avait un problème assez important de ce côté-là, mais qui n'était pas aussi grave que celui dont vous parlez et qui ne représentait pas, non plus, le double ou le triple de ce qui se passait dans la région montréalaise.

• 1925

Vous avez soulevé le problème de l'absence de ressources spécifiques pour les jeunes, du manque de coordination et de l'absence d'organismes provinciaux qui pourraient éventuellement aider, comme il en existe en Alberta.

Quelles sont les relations entre le gouvernement fédéral et vos organismes? On sait que vous représentez trois secteurs: le Pavillon, la Fondation et le Département de santé communautaire. Dépendez-vous jusqu'à un certain point du gouvernement fédéral? Vous trouvez peut-être curieux que je vous pose cette question, mais je suis nouveau au Comité. Je ne suis qu'un remplaçant, mais j'aimerais bien vous situer par rapport au gouvernement fédéral.

**M. Charpentier:** Il y a peu de liens. C'est pour cela qu'on aimerait que le Comité entreprenne une action qui aurait une influence, mais peut-être plus générale. Nos seuls liens véritables avec le gouvernement fédéral ont été au niveau de la Fondation. Par exemple, on a eu de l'aide pour faire faire la traduction alors qu'on avait organisé certaines sessions avec des conférenciers américains ou anglophones d'ailleurs au Canada. La difficulté au Québec, c'est qu'on est relativement limités à cause du manque de ressources et de notre faible population.

**M. Grondin:** Souhaitez-vous que le Comité fasse des recommandations ou des pressions pour que, lors de discussions fédérales-provinciales sur la santé et le bien-être social, le fédéral intervienne pour sensibiliser davantage la province à vos besoins ou au besoin de créer ce genre d'organisme? Souhaiteriez-vous plutôt une intervention différente?

[Traduction]

arrived at the conclusion that there may be two or three times more people using drugs in the outaouais region than there are in Montreal.

Do you believe this is something which is prevalent everywhere in Quebec, or only in your region?

**Mr. Charpentier:** I really do not know. I must say we were a little surprised to note this particular situation in our region. And yet, the Quebec Outaouais region seems to be a record holder in a number of areas that we are not necessarily very proud of, and we do not know whether all this is linked or not. For one thing, the crime rate is very high. The divorce and suicide rates are also very high. So, there is no doubt that a number of different problems are involved. Research is currently being conducted to try and determine the cause of all this. It is of course possible that there is a link with the very high use of drugs and alcohol in the region.

**Mr. Grondin:** I, myself, have worked in the educational field, at the secondary level. We did have a serious problem but not as bad as the one you describe, not two or three times as high as in the Montreal area.

You referred to the problem of the lack of resources specifically designed for young people, the lack of co-ordination and the fact that there are not any provincial organizations capable of offering assistance, like those found in Alberta.

What is the relationship between the federal government and your agencies? We know that you represent three sectors, the Pavillon, the Fondation and the Department of Community Health. Do you come under the federal government to a certain extent? My question may seem odd to you but I am a new member of the committee. I am only a substitute but I would like to have a clearer idea of your relationship to the federal government.

**Mr. Charpentier:** There are few links. That is why we would like to see the committee take some action with perhaps a more general influence. Our only real connection with the federal government has been through the Fondation. For example, we have received assistance to arrange for translation for certain meetings with American speakers or anglophones from elsewhere in Canada. We are quite limited in Quebec because of the lack of resources and our small population.

**Mr. Grondin:** Do you want the committee to recommend that the federal government make a greater effort to sensitize the provinces, at the federal-provincial meetings on health and welfare, about your needs and the reasons why this type of organization is necessary? Or would you be in favour of another approach?



[Text]

**M. Charpentier:** Oui, nous souhaiterions une intervention de ce genre. Je ne connais pas les moyens dont dispose le Comité pour influencer la province, mais c'est un peu ce que nous souhaiterions. En faisant la promotion de ce qui se fait ailleurs ou en montrant les avantages de ce qui se fait ailleurs, on pourrait encourager l'établissement d'un genre de commission provinciale. Cela pourrait certainement nous aider.

**M. Grondin:** Vous parlez de stimuler la recherche sur le processus d'intervention. Pouvez-vous me donner des précisions? J'avoue que c'est ambigu pour moi.

**M. Charpentier:** Il y a beaucoup de choses qu'on ne connaît pas et il est nécessaire de faire de la recherche. L'un des points importants en toxicomanie, c'est d'essayer de comprendre ce qui donne des résultats dans ce qu'on fait. La recherche qu'on a entreprise chez nous porte un peu cela. On essaie de déterminer lesquels de nos traitements sont efficaces, lesquels sont nuls, n'ont ni de bons ni de mauvais effets, et lesquels pourraient nuire, afin que nos services de traitement soient plus efficaces.

Quand on parle du processus d'intervention, c'est ce qu'on veut dire. La recherche porte sur nos actions, sur les choses qu'on fait. Il est important de mieux connaître les conséquences de ces actes pour le client.

**M. Grondin:** Au niveau de la prévention, madame Couture, vous avez relevé plusieurs lacunes, notamment le manque de personnel formé. Avez-vous une idée un peu du genre de personnel dont vous avez besoin? Souvent, lorsqu'on a affaire à de jeunes étudiants ou à de jeunes *drop-outs*, la difficulté est de les amener à se confier, à avoir confiance dans la personne qui va s'occuper d'eux. Il est difficile de les diriger vers des personnes compétentes. De quel type de personnel formé avez-vous besoin?

• 1930

**Mme Couture:** Dans le troisième volet de notre étude, nous voulions aller voir ce que les gens voulaient. Dans la pochette que je vous ai remise, vous verrez, à la dernière page à gauche, qu'on a déjà fait de la formation dans chaque territoire de CLSC, mais ce n'est pas tout le monde qui a pu assister à ces séances. Nous voudrions apprendre à des gens à déceler le plus vite possible les problèmes chez l'enfant. Par exemple, il y a quelque chose qui ne va pas dans son rendement scolaire. Le programme n'a débuté qu'au mois d'octobre, dans certains territoires.

On a commencé autre chose, mais pas partout. Nous avons neuf CLSC dans la région de l'Outaouais, et on a formé un comité Qualité de la vie. Ces gens-là sont responsables de voir à adapter le programme chez eux. Comme le Département de santé communautaire, cette année, au mois de juin, on fera notre première visite d'évaluation pour voir s'il y a des choses à modifier. Nous sommes là en qualité de personnes ressources. Il est certain qu'on a encore beaucoup de gens à former.

**M. Grondin:** Au niveau du manque de services organisés, coordonnés et financés dans le domaine de la

[Translation]

**Mr. Charpentier:** Yes, we would agree with this type of approach. I do not know how the committee can influence the province, but we would be in favour of such an intervention. By promoting or demonstrating the benefits of initiatives taken elsewhere, encouragement could be given to setting up a provincial commission. It could certainly be helpful to us.

**Mr. Grondin:** You talk about encouraging research related to treatment. Can you specify what you mean? I find this rather ambiguous.

**Mr. Charpentier:** There are many things we do not know and it is important to do research. One important thing in our work on drug addiction is to find out what parts of our effort are getting results. Some of our research has focused on this. We attempt to determine what type of treatment is efficient, and which is worthless or could be harmful, in order to improve our efficiency.

This is what we mean when we talk about the intervention process. The research deals with our different methods of treatment. It is important to have a better knowledge of the outcome of such treatment for the client.

**Mr. Grondin:** Mrs. Couture, you have noted a number of shortcomings with respect to prevention, particularly the lack of trained personnel. Do you have an idea of the type of personnel you require? Often the difficulty in dealing with teenagers, whether they attend school or are dropouts, is getting them to confide and have confidence in their counsellor. It is very hard to refer them to competent people. What type of qualified people do you require?

**Mrs. Couture:** In the third part of our study, we were trying to find out what people wanted. In the information I distributed to you, you will see in the last page to the left, that we have already undertaken training in the territory of each CLSC, but not everyone was able to attend these sessions. Our aim was to explain to people how to detect as quickly as possible whether a child was experiencing problems. For instance, there might be some difficulties with school work or behaviour. The program only started in October in a number of areas.

We have taken other measures, but not throughout the territory. We have nine CLSCs in the Outaouais region and we have set up a quality of life committee. The members are responsible for adapting the program in their area. Like the community health department, we will be making our first inspection visit this June to determine whether changes should be made. There are still lots of people to be trained.

**Mr. Grondin:** Concerning the lack of organized, coordinated and funded preventive services, does your

[Texte]

prévention, votre budget de fonctionnement vous vient-il entièrement de la province ou si vous vous autofinancez en partie?

**Mme Couture:** Pour la formation que nous avons faite à la suite de la mise en vigueur du programme, une partie de notre budget nous a été donnée par le gouvernement du Québec. Les caisses populaires de Hull nous ont également donné de l'argent. Il y a aussi les commissions scolaires. Elles ont donné de l'argent pour la formation de leurs professeurs ou de leurs employés, mais ce n'est pas tout le monde. Si on continue à dispenser cette formation, ce sera très coûteux.

Je disais tout à l'heure qu'il serait bon qu'on ait une politique provinciale. Dans le nouveau cours de formation personnelle et sociale dispensé dans les écoles, les professeurs se chargeront de certaines activités, mais vous savez sans doute que ce programme n'est pas commencé partout. Dans la politique, il sera probablement question du rôle du ministère de la Santé, des services sociaux et du secteur scolaire. Tous ces secteurs doivent se parler, se concerter à ce sujet.

**M. Charpentier:** On dit qu'on a eu des fonds provinciaux, mais presque rien n'est consacré à la prévention. On parle d'un montant de 7,000\$ ou 8,000\$ peut-être.

**Mme Couture:** Quatre mille dollars, monsieur.

**M. Charpentier:** C'est vraiment très minime.

**M. Grondin:** Je m'occupe «un peu beaucoup» des jeunes, et je m'intéresse particulièrement à tout ce qu'on dit sur les jeunes. L'une de vos conclusions est que pour solutionner le problème de la toxicomanie, il faudrait trouver une solution à tous les problèmes auxquels se heurtent les jeunes. Ma première réaction a été de me dire que vous démissionniez en quelque sorte. . .

**Mme Couture:** Ce n'est pas juste.

**M. Grondin:** Vous ne démissionnez pas?

**Mme Couture:** Non, pas du tout.

**M. Grondin:** Il y a énormément de problèmes chez les jeunes et s'il fallait qu'on regarde tout cela, ce serait bien difficile. Quand un jeune a un problème de drogue, c'est souvent à cause d'un problème familial, d'un problème personnel, d'un problème d'études, d'un problème d'orientation. Il est démuni face à son avenir. On ne réussira jamais à trouver une solution à cela.

**Mme Couture:** Non, mais nous avons tout de même chez nous le programme Regard sur la petite enfance dont l'objectif principal est d'apprendre aux parents à dépister eux-mêmes les problèmes chez leurs enfants. Nous avons aussi le programme Enfance-jeunesse et le programme en toxicomanie. Donc, le jeune est suivi.

**M. Grondin:** Merci.

**Le président:** Merci bien, monsieur Grondin.

[Traduction]

operating budget come entirely from the province or do you partly fund your activities?

**Mrs. Couture:** We received a part of our budget from the Government of Quebec for the training we offered as part of the implementation of the program. We also got money from the Caisses Populaires in Hull. There are also the school boards. They paid for the training of their teachers or employees but they are not the only ones. If we continue to provide such training, it will be very expensive.

I said that it would be good to have a provincial policy. As part of the new course in personal and social training offered by the schools, teachers will be responsible for certain activities but you probably know that this program has not been implemented everywhere. As far as policy goes, there will probably be discussion of the role of the Department of Health, the social services and the schools. All these parties must consult each other and come to an agreement.

**Mr. Charpentier:** Although we do have provincial funding, almost nothing is devoted to prevention, something like \$7,000 or \$8,000 perhaps.

**Mrs. Couture:** Four thousand dollars, sir.

**Mr. Charpentier:** It is quite insignificant.

**Mr. Grondin:** I have been quite involved with young people and I am particularly interested in what people have to say about youth. One of your conclusions is that to solve the problem of drug addiction a solution must be found for all the problems facing young people. My first reaction was to say that this is almost an abdication of responsibility on your part. . .

**Mrs. Couture:** That is not correct.

**Mr. Grondin:** It is not an abdication?

**Mrs. Couture:** No, not at all.

**Mr. Grondin:** Young people are faced with a host of problems and if we had to look at them all, it would be very difficult. Drug problems among young people are often the result of a family or personal problem, problems related to school or orientation. They lack resources to face the future. We will never be able to come up with a solution for that.

**Mrs. Couture:** No, but we do have a program specialized in early childhood, its main purpose is to enable parents to detect problems their children may have. We also have the youth program and the drug addiction program. So young people are being monitored.

**Mr. Grondin:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Grondin.



[Text]

Monsieur Turner.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président.

Nos témoins ont dit que certains jeunes de 10 ans prenaient de la drogue. Quelles drogues consomment-ils, s'il vous plaît?

**Mme Couture:** D'après ce que les intervenants me disaient, au niveau primaire, c'est la cigarette, la colle, l'alcool et les médicaments. D'après les intervenants, c'est ce que prenaient ceux qui avaient 10 ou 11 ans.

• 1935

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Où ces jeunes trouvent-ils ces drogues, cet alcool et ces cigarettes? À la maison, à l'école ou ailleurs?

**Mme Couture:** L'alcool, ils le trouvent chez eux, bien souvent. Je ne pense pas qu'ils trouvent d'alcool à l'école. La cigarette, c'est quand même assez facile à acheter. Pour ce qui est de la colle, je ne suis pas allée voir, mais ils doivent aller l'acheter dans un magasin quelconque.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Savez-vous pourquoi ces jeunes prennent de la drogue?

**Mme Couture:** Eh bien, probablement qu'ils ne sont pas heureux, ces jeunes-là. Il y a sûrement quelque chose. C'est pour cela qu'il est nécessaire d'avoir des programmes de prévention. Si on apprenait aux gens comment s'apercevoir qu'un jeune n'est pas heureux, que quelque chose ne fonctionne pas, on pourrait peut-être aider le jeune avant qu'il ne commence à en consommer.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** En général, est-ce que c'est un problème de famille, un problème économique ou un problème de pressions de la part des amis?

**Mme Couture:** C'est peut-être cela, mais comme le disait M. Charpentier, dans la région n° 7, il y a beaucoup de familles monoparentales. On a beaucoup de problèmes. Il y a beaucoup de chômage. Dans certaines régions rurales très éloignées, il y a plus de 30 p. 100 de chômage. C'est beaucoup. Il y a de la violence, des problèmes sociaux, etc.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Les jeunes de 10, 11, 12 et 13 ans qui ne trouvent pas d'alcool ou d'autres drogues à la maison, est-ce qu'ils achètent ces drogues dans un magasin ou à l'école?

**Mme Couture:** On n'a pas vérifié cela en faisant l'étude, mais c'est sûr. . . D'abord, s'ils prennent de l'alcool chez eux, c'est sans doute facile. S'ils achètent de l'alcool au magasin, c'est sûr qu'ils ne le font pas eux-mêmes. Ils font faire leurs achats par des jeunes plus âgés. Ce sont les intervenants qui m'ont dit cela.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous avez dit, monsieur Charpentier, que dans la région de l'Outaouais, on a besoin d'un centre de traitement. On a le même problème dans l'est de l'Ontario. Chaque année, l'OHIP paie 10 millions de dollars pour envoyer des jeunes et des adultes

[Translation]

Mr. Turner.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman.

The witnesses have told us that some 10-year-olds take drugs. Could you tell me what type of drugs?

**Mrs. Couture:** The people involved tell me that in the elementary schools, it is cigarettes, glue, alcohol and prescription drugs. Those are the substances consumed by children aged 10 or 11.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Where do these children get hold of such drugs, alcohol and cigarettes? At home, at school or elsewhere?

**Mrs. Couture:** Alcohol they find at home, of course. I do not think they would find alcohol at school. Cigarettes are fairly easy to buy. As for glue, I have not investigated the matter, but I suppose they buy it in some store.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do you know the reasons why these children take drugs?

**Mrs. Couture:** Probably because they are unhappy. There must be some explanation. That is why prevention programs are necessary. If we taught people how to detect signs of unhappiness in young people, indications that all is not right, we might be able to help before they start taking drugs.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Generally speaking, is it a family problem, an economic problem, or is it because of peer pressure?

**Mrs. Couture:** It may be, but as Mr. Charpentier mentioned, in region number 7, there are many single-parent families. We have a lot of problems. There is a great deal of unemployment. In some remote rural areas, the unemployment rate exceeds 30%. In other words, it is very high. There is violence, social problems etc.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Do Kids of 10, 11, 12 and 13 who are unable to find alcohol or other drugs at home buy these drugs at a store or at school?

**Mrs. Couture:** We have not done a study on it, but. . . First of all, if they get alcohol at home, it is probably easy. If they buy alcohol at a store, then they obviously do not do it themselves. They get someone older to buy it for them. That is what the people involved have told me.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You said, Mr. Charpentier, that the Outaouais area requires a treatment facility. We have the same problem in Eastern Ontario. Every year OHIP pays tens of millions of dollars to send young people and adults to the United States for



[Texte]

se faire traiter aux États-Unis. Avez-vous le même problème dans la région de l'Outaouais et au Québec en général?

**M. Charpentier:** Oui. La difficulté pour nous, c'est qu'on ne peut pas envoyer facilement les gens aux États-Unis parce qu'ils parlent français. Alors on n'a pas de débouchés. C'est pour cela qu'on essaie de sensibiliser le Québec à la nécessité de centres pour ces jeunes-là.

Il fut un temps où, au niveau de la philosophie, on se disait que les jeunes de cet âge-là devaient être traités en service externe, devaient demeurer dans leur famille ou dans des foyers.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ils sont trop jeunes. . .

**M. Charpentier:** C'est ce que nous faisons présentement, mais un certain nombre d'entre eux auraient avantage à être sortis de leur milieu pour faire un séjour en toxicomanie dans un centre. Actuellement, il n'y a pas d'endroit où les envoyer.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Quelle est la proportion de garçons et de filles parmi ces jeunes ayant des problèmes de drogues dans l'Outaouais? Quels sont les résultats de votre recherche à cet égard?

**M. Charpentier:** Au niveau de la toxicomanie?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui.

**Mme Couture:** Il n'y a pas de grosse différence.

**M. Charpentier:** Pour ce qui est des adultes, je ne sais pas, car on n'a pas fait de recherche. On peut vous dire que chez nous, environ un tiers de femmes sont en traitement, mais cela ne veut pas dire que la proportion est identique dans la population.

Chez les jeunes, cela dépend des sortes de drogues consommées. Dans le cas de certaines drogues, il y a autant de femmes que d'hommes, autant de jeunes filles que de garçons.

• 1940

Chez les polyconsommateurs moyens, il y a aussi la même quantité d'hommes que de femmes et, au niveau des gros polyconsommateurs, il y a cinq hommes pour trois femmes, ou cinq adolescents pour trois adolescentes.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Est-ce que votre recherche indique que la consommation de drogues a augmenté ou diminué depuis trois ou quatre ans dans la région de l'Outaouais?

**M. Charpentier:** C'est la première recherche du genre. Alors on ne peut pas comparer. On se propose d'en faire une autre dans cinq ans pour voir l'évolution de la situation.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ou chaque année peut-être?

**M. Charpentier:** On n'a pas les moyens d'en faire une chaque année.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Pourquoi?

[Traduction]

treatment. Do you have the same problem in the Outaouais region and in Quebec in general?

**Mr. Charpentier:** Yes. The difficulty is that in Quebec we cannot easily send people to the United States because they are French-speaking. We do not really have any choice. This is why we are trying to make Quebec aware of the need for treatment centres for youth.

At one time the belief was that young people should be treated as out-patients and should remain with their family or a group home.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** They are too young. . .

**Mr. Charpentier:** That is our present practice, but some of them would benefit from leaving their surroundings for treatment in a centre. Just now there is no place to send them.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** What is the percentage of boys and girls among the young people with drug problems in the Outaouais area? What are the results of your research on this?

**Mr. Charpentier:** With respect to drug addiction?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes.

**Mrs. Couture:** There is not any great difference.

**Mr. Charpentier:** I cannot give you an answer for adults since we have not done any research. In our centre about one-third of the patients are women, but that does not mean that the proportion is the same in the population at large.

As far as young people go, it depends on the type of drug. For some drugs there are as many girls as boys.

In the case of multiple drug abusers whose consumption is in the intermediate range, there are as many men as women and among those who consume large quantities, there are five men for every three women, and this also applies to teenagers.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Does your research show that drug consumption has increased or decreased in the past three or four years in the Outaouais area?

**Mr. Charpentier:** It is the first such research. So we cannot make comparisons. We expect to do a similar study in five years to determine the trend.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Or perhaps every year?

**Mr. Charpentier:** We cannot afford to do one every year.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Why?

[Text]

**M. Charpentier:** Les finances.

**Mme Couture:** Cela coûte très cher.

**M. Charpentier:** Il y a les finances et aussi le temps que cela implique.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Mais on peut faire un sondage dans quelques écoles tous les six mois, par exemple.

**M. Charpentier:** Oui, mais si on veut faire un sondage scientifique, qui ait de la valeur, il faut embaucher un chercheur. Les gens qui sont affectés aux traitements ne peuvent pas le faire, ni le Département de santé communautaire. Alors il faut engager des chercheurs. Ce ne sont pas des recherches qui coûtent des millions. Celle-ci a coûté au total environ 12,000\$, mais on n'a pas l'argent voulu pour faire cela.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Vous êtes dans la région de la Capitale nationale. Avez-vous des contacts avec des organismes d'Ottawa ou de Gloucester par exemple?

**M. Charpentier:** Nous avons des contacts occasionnels, surtout des liens fonctionnels, avec certains organismes, par exemple le *Detoxification Centre* parce qu'on n'a pas l'équivalent québécois. Des arrangements entre établissements se font dans certains cas.

On a aussi des échanges entre personnels. On se renseigne ou on se rend ensemble à des séances d'information. Dernièrement, la Fondation a organisé un séminaire scientifique et on a invité quelqu'un du *Rideauwood Institute* à venir parler de ces questions-là.

Alors, il y a des échanges occasionnels, mais ce n'est pas régulier.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur Turner. Monsieur Lesick, dix minutes.

**Mr. Lesick:** Thank you. I am afraid it will have to be in English, unless they would accept Ukrainian.

You have done this research. In helping this problem you have found students who have been converted from drugs of all natures. Are they being used at all to help other students who have this problem?

I am suggesting this because usually peer pressure is about the best method one can use to combat drugs and alcohol and cigarettes and so on.

**M. Charpentier:** On s'est un peu servi d'anciens drogués, de jeunes qui consommaient mais qui s'étaient arrêtés. On a cependant certaines réserves de ce côté-là. On sait que cette méthode est efficace au niveau des Alcooliques anonymes, par exemple. Quelqu'un parle de ses problèmes à d'autres qui ont déjà eu le problème. On utilise cette méthode à notre centre de traitement. Des gens qui sont passés par notre centre de traitement, qui ont vécu l'expérience et qui s'en sont bien tirés, viennent en parler à nos clients, et c'est encourageant. Cependant,

[Translation]

**Mr. Charpentier:** Money considerations.

**Mrs. Couture:** It is very expensive.

**Mr. Charpentier:** There is money, and there is also the time involved.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** But a survey can be done in a few schools every six months, for example.

**Mr. Charpentier:** Yes, but if we want to do it scientifically and obtain sound results, we would have to hire a researcher. We cannot have it done by people involved in treatment or by the community health department. So researchers would have to be hired. It is not the kind of research that would cost millions, this study cost about \$12,000 in all, but we do not have the money to do it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You are in the National Capital area. Are you in contact with Ottawa or Gloucester organizations, for instance?

**Mr. Charpentier:** We do have occasional contact, mainly for functional reasons, with certain organizations such as the detoxification centre, since we do not have a Quebec equivalent. Certain agencies sometimes make arrangements amongst themselves.

We also have staff exchanges. We keep each other informed and we attend study sessions together. The foundation recently organized a scientific seminar and invited a speaker from the Rideauwood Institute.

So there are occasional exchanges, not regular ones.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner. Mr. Lesick, 10 minutes.

**M. Lesick:** Merci. Je vais devoir vous parler en anglais à moins que vous n'entendiez l'ukrainien.

Vous avez fait des recherches. En traitant les jeunes toxicomanes, vous avez réussi des cures de désintoxication chez toutes sortes de jeunes. Demandez-vous leur aide dans vos efforts avec les autres?

Je vous pose la question car généralement c'est la pression du milieu du groupe d'âge qui réussit le mieux dans le traitement de la toxicomanie, l'alcoolisme et le tabagisme.

**Mr. Charpentier:** We have made some use of reformed drug addicts. We have some reservations about this approach. We know that it can be effective in the case of Alcoholics Anonymous, for example. Someone talks about his problems to people who have experienced the problem. We use this method in our treatment centre. People who have gone through our treatment centre and overcome their addiction come and discuss things with our clients and this is encouraging. However, with young people the danger is that such persons may end up being



## [Texte]

avec les jeunes, le danger, c'est que ces personnes-là servent un peu de modèles. Il est dangereux que les jeunes s'identifient à ces personnes et se disent: Il n'y a rien là, il s'en est sorti; je vais faire comme lui. Il devient un genre de héros qui a vécu l'expérience de la drogue, qui s'en est sorti et qu'on admire. Alors, on veut faire comme lui. C'est assez dangereux. On est très prudents dans ces expériences.

• 1945

**Mr. Lesick:** I guess, Mr. Chairman, I was thinking of a 15- or 14-year-old person who has through one reason or another stopped taking this and feels very convinced. . . I am wondering whether you have children of that age who are helping the program in the schools to combat drug abuse.

**M. Charpentier:** Je n'ai pas tout à fait saisi votre question.

**Mr. Lesick:** If you have a 14-year-old child going to school and they were taking drugs but they stopped taking them, through church or whatever, can this 14- or 15-year-old help others of the same age stop taking drugs. . . that type of peer pressure?

**M. Charpentier:** Oui, je pense que ces jeunes peuvent certainement aider, pourvu qu'on évite de les mettre sur un piédestal, un peu comme des héros. Ces jeunes ont certainement un grand pouvoir de persuasion. Il est bon aussi d'avoir recours à d'autres jeunes qui n'ont pas pris de drogue et qui sont bien sans cela, qui vivent sainement sans drogue et qui sont contents de vivre sans cela. Ce mélange des deux peut certainement aider les jeunes.

Nous croyons aussi beaucoup à l'importance de la pression des pairs comme principal moyen d'influence au niveau des jeunes.

**Mr. Lesick:** Did you find in your research whether the children who were affected the most, who took most of the drugs, were from rich families, poor families, single-parent families, unemployed families? Or is it right across the whole spectrum of types of families?

**M. Charpentier:** Je ne sais pas s'il était question du revenu familial dans nos questionnaires. On sait cependant qu'au niveau des moyens et des gros polyconsommateurs, c'est-à-dire ceux qui avaient un problème de drogue plus grave, il y avait davantage de familles désunies. Cependant, et cela a été un peu une surprise, ce n'était pas le cas s'ils habitaient avec la mère seule. Il semble que s'ils habitent avec la mère seule, c'est à peu près comme s'ils habitaient avec les deux parents.

**Mr. Lesick:** Is the church able to help with this problem?

**M. Charpentier:** Je pense que oui. L'Église pourrait jouer un rôle important. On constate cependant qu'en général, elle est peu impliquée comparativement à ce que j'ai vu aux États-Unis. C'est le cas au Québec. Il y a, bien

## [Traduction]

role models. It is dangerous for young people to identify with them and say: no trouble, he kicked the habit, I can do it too. It can be a type of hero worship of a person who lived through addiction and managed to overcome it. There is a danger in taking such a person for a model. We are very careful with this type of experiment.

**M. Lesick:** Monsieur le président, je pensais plutôt à un jeune de 15 ou 14 ans qui pour une raison ou pour une autre s'est arrêté et fait preuve d'une détermination. . . Je me demandais si vous faisiez appel à des jeunes de cet âge pour combattre la drogue dans les écoles.

**Mr. Charpentier:** I do not quite understand your question.

**M. Lesick:** Si un jeune élève de 14 ans s'arrête de se droguer, pour des raisons religieuses ou autres, peut-il aider les autres du même âge à s'arrêter. . . de la persuasion par émulation?

**Mr. Charpentier:** Yes, I certainly think that these young people can help provided that you do not put them on a pedestal, that they do not get a kind of hero treatment. These young people certainly have a great power of suasion. It is also a good thing to call upon other young people who were never on drugs, who never felt the need, and who lead a very happy life without any drugs. That mix can certainly help young people.

We also believe that peer pressure is a very important means to influence young people.

**M. Lesick:** Dans le cadre de vos recherches avez-vous constaté que les enfants qui étaient le plus touchés, qui se droguaient le plus, étaient issus de familles riches, de familles pauvres, de familles monoparentales, de familles de chômeurs? Ou cela touche-t-il tous les milieux familiaux sans exception?

**Mr. Charpentier:** I do not know whether in our questionnaires family income was mentioned. However, we know that heavy multiple users, that is to say those who had a bigger drug problem, were more commonly from separated families. However, and this was somewhat of a surprise, such was not the case if they were living with their mother. It looks like when they are living with their mother, it is about the same thing as when they live with both parents.

**M. Lesick:** L'Église peut-elle jouer un rôle?

**Mr. Charpentier:** I do think so. The church could play an important role. However, we find that in general, compared to what I have seen in the United States, it is less involved, at least in Quebec. Of course, there are



## [Text]

sûr, certaines exceptions, mais l'Église est relativement peu impliquée, sauf via les conseillers en pastorale dans les écoles qui aident jusqu'à un certain point.

**Mr. Lesick:** It seems to me this is a big dilemma. I notice here, and I will quote from you: "In their opinion", that is the opinion, I presume, of the young people involved, "the solution to the drug problem would be to find a solution to all problems afflicting young people".

With that in mind, what are we going to do? Also, from your research, in order of importance, what would you say is the first thing that should be done, the second, third. . . the first five, in order of importance, from your research?

**M. Charpentier:** Je dirais évidemment qu'il faut d'abord agir au niveau de ceux qui n'ont pas déjà un problème. L'une des premières choses à faire est de travailler au niveau de la communication, d'abord dans la famille, et ensuite dans les autres milieux fréquentés par les jeunes. Cela veut dire apprendre aux jeunes à exprimer leurs sentiments, à ne pas s'enfermer avec leur souffrance, leur solitude ou leurs difficultés. C'est la première chose à faire en termes de prévention et en termes de développement sain.

• 1950

Il faut aussi qu'il y ait une information adéquate, non seulement sur les produits, mais aussi sur la possibilité de résister aux pressions des pairs. En termes de prévention, il est important d'être capable de dire non aux individus ou aux groupes qui vous poussent à en consommer. D'ailleurs, c'est l'une des premières choses auxquelles le programme de prévention s'est attaqué.

**Mr. Lesick:** Thank you.

**The Chairman:** I would like to put a question to our witnesses. It is along the line of Mr. Grondin's earlier question, and Mr. Lesick's second last question. In relation to your research study and the summary you gave us under phase I, the last two comments, as they appear in English, are most interesting, where you say:

They claim that the school, family, and social problems they must deal with every day prompt them to use drugs.

I can understand that. That is a good excuse. The last one is even a bit more baffling. It looks as though, perhaps, you who did the research are questioning it, because it says:

... in their opinion the solution to the drug problem would be to find a solution to all problems afflicting young people.

It seems to me that we have to start looking for the really basic fundamental problem. There seems to be something missing in the bringing up of our children if they feel that solutions to all their problems, then, and for the rest of their lives, have to be found by somebody else. They do not seem to be prepared to look at it. And it

## [Translation]

exceptions, but the church is relatively uninvolved, except via pastoral counsellors in schools who do give some help.

**M. Lesick:** Il me semble que c'est un énorme dilemme. Je remarque que vous dites et je vous cite: «À leur avis», et je suppose que c'est l'avis des jeunes concernés, «la solution au problème de drogue serait de trouver une solution à tous les problèmes affectant les jeunes».

Dans cette perspective, qu'allons-nous faire? D'après vos recherches, par ordre d'importance, que faudrait-il faire en premier, en deuxième, en troisième. . . par ordre d'importance, quelles seraient les cinq premières choses à faire?

**Mr. Charpentier:** I would say that obviously we should first of all deal with those who do not yet have a problem. One of the first things to do is to focus on communication, first at the family level and then in the young people's other life environments. It means teaching young people to express their feelings, not to bottle up their sufferings, their loneliness or their problems. It is the first thing to do in terms of prevention and in terms of wholesome development.

There also needs to be adequate information, not only on the products, but also on the strength to withstand peer pressure. In terms of prevention, it is important to be able to say no to individuals or groups who push you to take drugs. Indeed, that was one of the first aims of the prevention program.

**M. Lesick:** Merci.

**Le président:** J'aimerais poser une question à nos témoins. Elle se rapporte aux premières questions de M. Grondin et à la deuxième de M. Lesick. Je trouve les deux derniers commentaires du volet 1 du résumé de vos recherches des plus intéressants. Vous dites:

Ils affirment que les problèmes scolaires, familiaux et sociaux qu'ils doivent affronter tous les jours les motivent à faire usage des drogues.

Je peux comprendre. C'est une bonne excuse. Le dernier commentaire est même encore plus surprenant. J'ai l'impression que vous-mêmes, qui avez fait la recherche, n'êtes pas tout à fait d'accord puisque vous écrivez:

... à leur avis, la solution au problème de la drogue serait de trouver une solution à tous les problèmes de jeunes.

J'ai l'impression qu'il y a un problème fondamental et qu'il faut nous y attaquer. J'ai l'impression que nous élevons mal nos enfants s'ils pensent que la solution à tous leurs problèmes, toute leur vie, doit être trouvée par quelqu'un d'autre. Ils ne semblent pas disposés à chercher eux-mêmes. Cela me rappelle un souvenir qui remonte à

[Texte]

brings to my mind something that happened several years back when I was on schoolboards in Ontario, how I alone was a maverick fighting against allowing school buses to stop on the travelled portion of the highway, waiting there while all the traffic stopped, in order that kids could cross the road. What we were doing is teaching those kids that they do not have to be responsible, that somebody else will look after that for them. And I am really concerned that it is that kind of action by society that probably lies behind some of these drug problems, if kids are telling us now that they want solutions prepared for them. They want the school bus stopped so they do not even have to look at the traffic.

Do you have any comments on that? If what you say is true, if that is reflecting the opinions of kids today, then our society is going the wrong way. We are failing to teach kids to have responsibility for their own actions and to find solutions for their own problems. Perhaps you might comment on that concern.

**M. Charpentier:** C'est un peu dans ce sens-là qu'on cherche, dans notre programme de prévention, à apprendre aux jeunes à résister aux pressions des pairs. On veut leur apprendre à être responsables face à leur choix personnel, même si les pressions des autres vont dans le sens contraire. Cela s'inscrit un peu dans votre pensée. Nous pensons qu'il est important que les jeunes soient responsables face à leur choix, face à leur utilisation d'alcool et de drogue. Je suis d'accord avec vous qu'il est très important que les jeunes apprennent à être responsables, parce que personne ne pourra mener leur vie s'ils ne le font pas eux-mêmes.

**Mme Couture:** Dans un deuxième temps, il y a le volet scolaire. Notre programme de prévention aura deux volets. Il y a deux comités qui travaillent au volet communautaire: les jeunes qui ne sont pas à l'école, les décrocheurs qui sont quelque part dans la communauté. Le programme sortira probablement d'ici une couple de mois. Les gens étudient pour savoir quelles activités intéressantes pourraient aider ces jeunes.

• 1955

**Le président:** Merci. Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Je veux reprendre une question que M. Lesick vous a posée tout à l'heure. Dans votre réponse, vous disiez qu'un jeune de 14 ou 15 ans qui avait réglé son problème de drogue pouvait aider les autres. Avez-vous ce qu'on pourrait appeler une équipe de toxicomanes anonymes qui pourrait jouer un rôle semblable à celui des Alcooliques anonymes auprès des étudiants qui sont aux prises avec le problème?

**M. Charpentier:** Il existe un groupe qui commence à être assez répandu et qu'on appelle NA—*Narcotics Anonymous*. On a traduit cela par «Narcotiques anonymes», mais je pense que cela devrait être «Narcomanes anonymes». Cela commence à exister. Malheureusement, dans notre région, c'est pour les plus âgés. C'est davantage pour les personnes de 18 à 25 ans

[Traduction]

plusieurs années lorsque j'étais membre d'un conseil scolaire en Ontario. Je me faisais regarder de travers parce que je trouvais inadmissible que les bus scolaires attendent que la circulation soit arrêtée dans les deux sens avant de laisser descendre les enfants pour qu'ils traversent la route. Nous apprenions tout simplement à ces enfants à ne pas être responsables d'eux-mêmes, à toujours dépendre de quelqu'un d'autre. Je crains très fort que c'est ce genre d'attitudes de la société qui est à l'origine de certains de ces problèmes de drogue puisque ce sont les enfants eux-mêmes qui nous disent maintenant vouloir que nous trouvions les solutions à leurs problèmes. Ils veulent que la circulation soit arrêtée afin de ne pas avoir à regarder.

Qu'en pensez-vous? Si ce que vous dites est vrai, si c'est l'avis des enfants d'aujourd'hui, dans ce cas, notre société fait fausse route. Nous n'apprenons pas aux enfants à assumer leurs propres responsabilités et à trouver des solutions à leurs propres problèmes. Qu'en pensez-vous?

**Mr. Charpentier:** It is somewhat for this reason that under our prevention program, we want to teach young people to withstand peer pressure. We want to teach them to have responsibility for their own choices, even if peer pressure is pushing them the opposite way. It is somewhat in line with your way of thinking. We think it is important that young people have responsibility for their own choices, for their own use of alcohol and drugs. I do agree with you that it is very important that young people learn to be responsible, because nobody will be able to take charge of their own lives if they do not do it themselves.

**Mrs. Couture:** Thereafter comes the school phase. Our prevention program will have two phases. There are two committees working on the community phase: Young people who are out of school, drop-outs who are somewhere in the community. That program will probably be ready within a couple of months. They are looking for useful activities that might help those young people.

**The Chairman:** Thank you. Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** I want to come back to an earlier question of Mr. Lesick. In your answer, you said that a 14-or 15-year-old who had dealt with his drug problem could help the others. Do you have what we might call an Addicts Anonymous team that might play a similar role to an Alcoholics Anonymous team for students who are faced with the problem?

**Mr. Charpentier:** There is a new group that is expanding under the name of NA—*Narcotics Anonymous*. In French it is *Narcotiques anonymes*, but I think it should rather be *Narcomanes anonymes*. It is a new group. Unfortunately, in our area, it aims at older people. It is more for people between 18 and 25 than for people between 12 and 18. There is really nothing for the 12- to 18-year-olds. But, for



[Text]

que pour les jeunes de 12 à 18 ans. Il n'y a rien, vraiment, pour les 12 à 18 ans, mais, pour les plus âgés, ces groupes jouent à peu près le même rôle que les Alcooliques anonymes.

Dans chaque établissement, en tout cas dans le nôtre, il y a un groupe de bénévoles qui aident ceux qui sont en traitement chez nous. Ensuite ils vont s'entraider, ils vont assister à des rencontres de groupe, ils vont aller aux Alcooliques anonymes ensemble ou aux NA. C'est assez important comme moyen d'aide, comme complément au travail que nous essayons de faire.

**M. Grondin:** Ma question est un peu reliée à ce que j'ai vécu dans ma région. Chez vous, les jeunes qui ont un problème de drogue sont-ils facilement abordables? Est-ce qu'ils se confient facilement ou s'il faut aller les chercher?

**M. Charpentier:** Quand ils sont rendus chez nous, une partie importante du chemin est déjà faite. Lorsqu'ils sont en traitement, ils ont accepté de faire la démarche.

**M. Grondin:** J'aurais dû poser ma question à Mme Couture.

**M. Charpentier:** On sait que beaucoup de jeunes ont des besoins, comme la recherche nous l'a démontré, mais ces jeunes ne sont pas encore prêts à venir chez nous. Tout dépendra de l'intervention des gens en milieu scolaire, des gens de la famille, de leurs amis. Si ces gens-là ne font rien, si ces gens-là les regardent consommer sans réagir, ils sont jusqu'à un certain point complices de leur détérioration. Le jeune ne viendra pas demander de l'aide sans qu'on l'y encourage.

**M. Grondin:** Est-ce que Mme Couture a quelque chose à ajouter?

**Mme Couture:** La recherche a démontré que 620 jeunes avaient réellement besoin de soins immédiats. Je suis certaine que tous ces 620 ne sont pas encore allés chez vous.

**Le président:** Merci, monsieur Grondin.

May I, on behalf of the committee, thank both of our witnesses for their testimony and for answering our questions so capably. You are in the neighbourhood of the Parliament Buildings, and if we need further help from you then we know where to get back to you.

Next is the presentation from the Youth Alcohol and Drug Community Action group in Ottawa. Josephine MacFadden is the Interim Co-ordinator.

**Ms Josephine MacFadden (Interim Co-ordinator, Youth Alcohol and Drug Community Action):** Thank you, Mr. Chairman, members of the committee.

We would like to begin by expressing our appreciation for this opportunity to appear before this committee. One of our early initiatives was to request of the Prime Minister that this committee investigate the alcohol and drug concerns in Canada, and we are extremely glad that these vital hearings are in progress.

[Translation]

the older ones, that group plays about the same role as Alcoholics Anonymous.

In each institution, in ours at least, there is a group of volunteers who help those we have under treatment. Thereafter it is self-help, they take part in group meetings, they go together to Alcoholics Anonymous or to Narcotics Anonymous. As a way of helping it is rather important, as a supplement to the work we are trying to do.

**Mr. Grondin:** My question is somewhat related to what I went through in my area. In your area, are the young people who have a drug problem easy to reach? Do they come on their own or do you have to seek them out?

**Mr. Charpentier:** When they come to our institution, they have already come a long way. When they are under treatment, it means that they have agreed to come.

**Mr. Grondin:** I should have addressed my question to Mrs. Couture.

**Mr. Charpentier:** We know that a lot of young people have needs, as our research has showed us, but those young people are not yet ready to come to us. Everything will depend on the intervention of people in the school milieu, of the family, of friends. If those people do not do anything, if those people let them get addicted without reacting, they are, up to a point, accessories to their degradation. Young people will not come and ask for help if we do not encourage them to do so.

**Mr. Grondin:** Do you have something to add, Mrs. Couture?

**Mrs. Couture:** Our research showed that 620 young people really needed immediate care. I am sure that not all 620 have yet come to you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Grondin.

Permettez-moi, au nom du Comité, de vous remercier de votre témoignage et d'avoir répondu avec autant de compétence à nos questions. Vous n'êtes pas loin du Parlement et si nous avons encore besoin de vous nous saurons où vous trouver.

Nos témoins suivants sont le groupe d'Ottawa de l'Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes. Josephine MacFadden en est la coordonnatrice intérimaire.

**Mme Josephine MacFadden (coordonnatrice intérimaire, Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes):** Merci, monsieur le président, messieurs les membres du Comité.

Nous aimerions commencer par vous remercier de votre invitation. Une de nos premières initiatives a été de demander au Premier ministre que votre Comité enquête sur les problèmes d'alcool et de drogue au Canada et nous sommes extrêmement heureux de constater qu'elle a été satisfaite.



*[Texte]*

I would like to begin by introducing my colleagues who will assist me with this presentation: Rev. Thomas Wilson, Ph.D., Co-administrator of YADCA, and Tony Sullivan, our Youth Adviser. Also with us we have Veronica Bell and Miles Romain, two of our youth volunteers. All three youths are recovering addicts who will be glad to respond to your questions regarding treatment needs. Tony Sullivan has a brief presentation he would like to add afterwards.

• 2000

I should also like to recognize and thank all those volunteers who have assisted with the tasks that YADCA has undertaken and those here today to support our submission.

YADCA, Youth Alcohol and Drug Community Action, is a volunteer, non-profit organization of parents, professionals, concerned community members, and youth. We are dedicated to overcoming youth chemical dependency and to creating a climate of opinion in Canada that will make acceptable the admission within families that chemical dependency actually exists. This admission will pave the way to the destruction of myths that hinder full understanding of the problem as well as blocking many solutions.

Why community action? Why parent groups? Is it not the task of doctors, counsellors and social workers to deal with chemical dependency? We used to think so. When first confronted with the problem, parents try these usual sources of help and advice. Too often the help was not there, and we found ourselves in a maze of misdirection and conflicting advice. Even where some training does exist, professionals simply do not have the time to devote to the sustained help needed for recovery. This is why parent groups and community action is essential. We want to stress at the outset that there is an urgent need for action throughout all communities in Canada in order to cope with this relatively new phenomenon, youth chemical dependency.

Our frustration level rose in reading the other submissions to this committee, as we received confirmation after confirmation of all the urgent needs in the area of chemically-dependent youth which are so ill-served in Canada. May we point out that it is we, the parents, professionals and youths of this country who are on the receiving end of all the shortcomings and omissions you have heard about. It is we who are trying to stem this rising tide in the face of ignorance and denial.

Before we elaborate, we would like to give you some information concerning YADCA, since we are the only action group that has appeared before you to date. We believe that our aims, tasks and needs are typical of like groups across Canada. We will append a summary of our

*[Traduction]*

J'aimerais commencer par vous présenter mes collègues qui m'aideront à faire cet exposé: le révérend Thomas Wilson, Ph.D., co-administrateur de l'ACDAJ, et Tony Sullivan, notre conseiller auprès des jeunes. Nous sommes également accompagnés de Veronica Belle et Miles Romain, deux de nos jeunes bénévoles. Nos trois jeunes sont des toxicomanes réformés qui se feront un plaisir de répondre à vos questions sur les besoins de traitement. Tony Sullivan aimerait ajouter quelques mots après mon exposé.

Je voudrais également mentionner et remercier tous ces bénévoles qui nous ont aidés dans nos entreprises et qui sont présents aujourd'hui pour nous apporter leur soutien.

L'Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes est un organisme bénévole à but non lucratif réunissant des parents, des professionnels, des membres concernés de la communauté et des jeunes. Notre objectif est de combattre la dépendance chimique des jeunes et de créer un climat d'opinion au Canada incitant les familles à reconnaître la réalité de la dépendance chimique. Cette reconnaissance devrait permettre de détruire certains mythes qui préviennent une véritable compréhension du problème et, par conséquent, l'application de certaines solutions.

Pourquoi une action communautaire? Pourquoi des groupes de parents? Ne revient-il pas aux médecins, aux conseillers et aux travailleurs sociaux de s'attaquer au problème de la dépendance chimique? C'est ce que nous pensions. Lorsqu'ils sont confrontés pour la première fois à ce problème, les parents font appel à ces sources habituelles d'aide et de conseils. Trop souvent, cette aide n'existait pas, et nous nous retrouvions confrontés à un déluge d'avis et de conseils contradictoires. Même lorsqu'ils ont la formation nécessaire, les professionnels n'ont tout simplement pas le temps de consacrer les efforts soutenus nécessaires à la guérison. C'est la raison pour laquelle les groupes de parents et l'action communautaire sont indispensables. Pour commencer, il est urgent que toutes les communautés canadiennes prennent les choses en main pour combattre ce phénomène relativement nouveau, la dépendance chimique des jeunes.

Notre niveau de frustration s'est élevé à la lecture des autres témoignages devant votre Comité en constatant, témoin après témoin, l'urgence des besoins dans ce domaine de la dépendance chimique des jeunes, qui sont si mal servis au Canada. Permettez-nous de vous dire que ce sont nous, les parents, les professionnels et les jeunes de ce pays qui pâtissons de toutes ces déficiences et de toutes ces lacunes qui vous ont été rapportées. C'est nous qui essayons de maîtriser cette marée montante dans l'ignorance et la dénégation.

Avant d'aller plus loin, nous aimerions vous donner quelques renseignements sur l'ACDAJ, puisque nous sommes le premier groupe d'action à comparaître devant vous. Nous croyons que nos objectifs, nos entreprises et nos besoins ne diffèrent en rien des autres groupes

## [Text]

aims and activities as well as a list of some other action groups. As yet, there is no national network, and this list is necessarily incomplete.

More than four years ago, through our own experience with youth chemical dependency, we came to realize that there was a dire lack of information, awareness and community action in the area of youth addictions. In these past four years, many of us have made attempts to get financial assistance for urgently needed education materials, a national feasibility study of community action needs, money for publicity campaigns and so on. As the inaction on the part of the government and other funding bodies became more apparent, we formed a steering committee to design an organization which would respond to these needs. YADCA was launched locally in June, 1986, at a public meeting in Ottawa City Hall.

To date, despite many funding initiatives, we have managed all our activities on voluntary contributions and volunteer work. Let me say at the outset that this is utterly ridiculous, considering the enormity of the task facing us, and that our frustration and financial difficulties are echoed across Canada. Pride Saskatoon, with whom I spoke yesterday and who have performed indispensable work, are meeting on Tuesday to confront closure for lack of funds. PAD, Parents Against Drugs, in Toronto began with voluntary contributions. Now they do have sufficient funds to continue their work, but they too have to spend far too much time and energy on fund-raising. What must be emphasized is that this expended energy is not then spent on the primary tasks, helping youth and families.

The kind of work that is being performed by action groups cannot be done without funds. You may be thinking that the services and help offered by groups like ours are being provided in other ways in communities across Canada. Let me hasten to disillusion you. This is not the case. Most parents who are active in such groups are there because they could not find the help they needed when they realized that they had a chemically-dependent child. The reasons for this are not hard to find.

As you have heard many witnesses report, there are no federal funds allocated directly for public information and awareness in this area. We have been trying for four years to get support in one way or another from the Health Promotion Branch. But as you heard in their submission, funds for drug and alcohol dependency awareness have been cut from \$869,500 in 1984-85 to \$74,800 in 1986-87. We believe that no Health Promotion Branch money was expended in the area of illicit drugs in 1986, even for the continuation of the Stay Real Program which has been so well received. As yet we do not know the 1987 allocations

## [Translation]

similaires au Canada. Nous annexerons à notre mémoire un résumé de nos objectifs et de nos activités, ainsi qu'une liste de certains autres groupes d'action. Jusqu'à présent, il n'y a pas de réseau national, et cette liste est forcément incomplète.

Il y a plus de quatre ans, lors de notre expérience de la dépendance chimique des jeunes, nous nous sommes rendu compte d'un manque criant d'information, de sensibilisation et d'action communautaire dans le domaine de la toxicomanie des jeunes. Au cours de ces quatre années passées, nombre d'entre nous ont essayé d'obtenir une assistance financière pour de la documentation éducative, dont le besoin est urgent, pour une étude nationale de faisabilité des besoins d'action communautaire, pour des campagnes de publicité, etc. L'inaction du gouvernement et d'autres organismes de financement devenant de plus en plus apparente, nous avons formé un comité directeur chargé de mettre sur pied une organisation répondant à ces besoins. L'ACDAJ a été lancée localement en juin 1986, lors d'une réunion publique à la mairie d'Ottawa.

Jusqu'à présent, malgré de nombreuses contributions financières, nous menons toutes nos activités grâce à des contributions et à du travail bénévole. C'est absolument ridicule, compte tenu de l'énormité de la tâche qui nous attend, et nous ne sommes pas les seuls à exprimer cette frustration et à connaître ces problèmes financiers. Le groupe Pride Saskatoon, avec lequel j'ai parlé hier et qui fait un travail indispensable, se réunit mardi pour sceller son destin par manque de fonds. Le groupe *Parents Against Drugs* (Parents contre la drogue), à Toronto, a été créé grâce à des contributions bénévoles. Il a maintenant suffisamment de fonds pour poursuivre son oeuvre, mais il lui faut également consacrer beaucoup trop de temps et d'énergie à la recherche de financement. Cette énergie et ce temps ainsi dépensés ne peuvent être consacrés aux tâches premières, qui sont d'aider les jeunes et les familles.

Ce genre de travail effectué par les groupes d'action ne peut être fait sans financement. Vous penserez peut-être que les services et l'aide offerts par les groupes tels que le nôtre sont offerts sous d'autres formes dans les communautés canadiennes. C'est une illusion. Ce n'est pas vrai. La majorité des parents participant à ces groupes y participent parce qu'ils n'ont pu trouver l'aide dont ils avaient besoin lorsqu'ils se sont rendu compte qu'ils avaient un enfant chimiquement dépendant. Les raisons n'en sont pas difficiles à trouver.

Comme de nombreux témoins vous l'ont rapporté, il n'y a pas de fonds fédéraux alloués directement à l'information et à la sensibilisation du public dans ce domaine. Cela fait quatre ans que nous essayons d'obtenir une aide sous une forme ou sous une autre de la Direction de la promotion de la santé. Cependant, comme vous les avez entendus vous le dire lors de leur témoignage, les fonds pour la sensibilisation à la dépendance de la drogue et de l'alcool ont été réduits, pour passer de 869,500\$ en 1984-1985 à 74,800\$ en 1986-1987. Nous croyons qu'aucun fonds de la Direction



## [Texte]

in this area as we are awaiting the Federal Drug Strategy now in preparation and, we believe, expected in May.

## [Traduction]

de la promotion de la santé n'a été consacré au problème des drogues illicites en 1986, même pour poursuivre le programme *Stay Real*, qui avait été si bien accueilli. Nous ne savons pas encore quels crédits seront affectés à cette question en 1987, puisque nous attendons toujours le document de stratégie fédérale sur les drogues qui devrait être prêt en mai, sauf erreur.

• 2005

We cannot speak for all the provinces, lacking the funds or time to question them; but in a recent conversation with Linda Tennant, of the Ministry of Health of the Province of Ontario, we were informed that they have currently no provisions for funding community or parent action groups. She did give us the possible encouraging news that in a few months our local district health council might have some application forms.

Nous ne pouvons parler au nom de toutes les provinces, puisque nous n'avons pas les fonds ni le temps pour leur poser la question, mais lors d'une conversation récente avec Linda Tennant, du ministère de la Santé de la province de l'Ontario, nous avons été informés qu'aucun crédit n'était actuellement prévu pour financer les groupes d'action de parents ou communautaires. Elle nous a encouragés en nous disant qu'il était possible que d'ici quelques mois, notre district de conseil sanitaire local reçoive des formulaires de demande.

We have applied to the City of Ottawa for some seed funding, and we would greatly appreciate it if any of you can support this dire-need application.

Nous avons fait une demande de subventions auprès de la ville d'Ottawa, et si vous pouviez nous aider à la faire aboutir, nous vous en serions éternellement reconnaissants.

We would like to explain why we and other like action groups must exist and need to form a national network with all speed.

Nous aimerions vous expliquer la nécessité de l'existence de groupes comme le nôtre, ou d'autres groupes similaires, et la nécessité d'établir au plus vite un réseau national.

If you recall some of the previous testimony concerning the statistics about increased convictions and supply of illicit drugs, you will understand our concerns and fears.

Il vous suffit de vous rappeler certains témoignages précédents sur les chiffres concernant l'augmentation des condamnations pour trafic de drogue pour comprendre notre inquiétude et nos craintes.

Superintendent Stamler, the Director of Drug Enforcement for the RCMP, reported that there are only 1,000 full-time drug enforcement personnel in Canada.

Le surintendant Stamler, directeur de la Brigade de répression anti-drogue de la Gendarmerie royale, a rapporté qu'il n'y avait que 1,000 personnes au Canada affectées à plein temps à la répression anti-drogue.

Mr. McKissock, Chief, Narcotics, Interdiction and Intelligence Division of the Customs and Excise Branch of Revenue Canada, reported seizing \$380 million of illicit drugs last year, of which \$302 million was heroin. This quantity is up considerably from the 1984 total of \$100 million, and with their skeletal staff of 125 person-years, including 22 dog teams, they have concentrated on high-priced drugs, he reported. This is just a fraction of the supply coming into Canada, especially since we read that for every seizure the drug supply is readily freely replaced.

M. McKissock, chef pour les stupéfiants de la Division des renseignements et de la répression de la contrebande de la Direction des douanes et de l'accise de Revenu Canada, a rapporté que ses services avaient saisi l'année dernière pour 380 millions de dollars de drogues illégales, l'héroïne représentant 302 millions de dollars. Cette quantité est nettement supérieure au total de 100 millions de dollars saisis en 1984, et avec son équipe squelettique de 125 années-personnes, y compris 22 équipes canines, ses services, a-t-il rapporté, ont concentré leurs activités sur les drogues chères. Ce n'est qu'une fraction de ce qui entre au Canada, surtout quand on sait que remplacer le chargement saisi ne pose pratiquement aucun problème.

We also learned of the astounding increase in convictions in the past two decades. In 1964-65 there were four juveniles in all of Canada with drug offences. Last year between 10,000 and 20,000 young people were convicted under 20 years of age, and this is in a far more lenient law enforcement climate with regard to cannabis than existed 20 years ago.

Nous avons aussi pris connaissance de la croissance incroyable des condamnations au cours des deux dernières décennies. En 1964-1965, il n'y avait dans les prisons canadiennes que quatre jeunes délinquants condamnés pour trafic de drogue. L'année dernière, entre 10,000 et 20,000 jeunes de moins de 20 ans ont été condamnés, et il ne faut pas oublier que nos lois sont beaucoup plus clémentes pour le cannabis qu'il y a 20 ans.



## [Text]

How are these drugs getting to our children, and what is being done to educate them to avoid their use?

In every Canadian town, and probably many villages, there are pushers who are using youth to get drugs into our schools. Although not all school administrations are ready to admit it, illicit drugs are in every high school. Professionals in our local area report that users as young as age seven are now chemically dependent.

Let us look next at the progression of a chemically dependent student. Beginning with some recreational use, a percentage of students become gradually more involved. We have worked with some members of the Crime Prevention Group of Ottawa City Hall, who organized a drug and alcohol conference last fall, and who have given us their impressions about peer pressure, which are appended to this submission.

I would just like to make a bit of an aside here about the other policies and programs in our local schools. There is a progression here. In the Ottawa Board of Education, who hired Don Smyth three or four years ago, he has introduced a policy and programs and trained a teacher who is now in every school as a resource teacher. So the system is taking hold in the OBE.

In the Carleton Board of Education they have one-third of a consultant who is dealing with this area. They developed a program back in 1984, when Norman Lewsey was that consultant, who is very well informed in the area. He has subsequently left town. He actually left there and went to National Health and Welfare for a few years first. I reviewed their materials last week. They have not been updated since that time, so much of the information in them is unfortunately now out of date, and they do not have this system of training a resource teacher to be available in every school.

In the separate schools, we had a meeting in YADCA and we brought together a representative from each board of education last fall. The two separate school representatives assured us that they did not have a policy and program in place because they did not have a drug problem.

Tony Sullivan and I had the privilege of being invited recently to St. Pius X High School to give a talk to the grade 12 students, to about 200 of them on two subsequent days, which was an hour long and quite successful. In the course of this, we gave a very brief survey asking the students if they knew of people who needed help. We found that about 57% of them knew someone who was in need of help; 97% of them said that their awareness of the whole area had been increased by our presentation. This is in a school that has no drug problem. Do not tell me that all their friends who have the problems go to different schools.

## [Translation]

Comment ces drogues se retrouvent-elles dans les mains de nos enfants, et que faisons-nous pour les prévenir du danger?

Dans chaque ville canadienne, et probablement dans de nombreux villages, il y a des trafiquants qui se servent de jeunes pour faire entrer la drogue dans nos écoles. Bien que les administrateurs scolaires ne soient pas tous prêts à l'admettre, il y a de la drogue dans tous les collèges. Selon les professionnels de notre région, on trouve même maintenant des jeunes de sept ans qui sont déjà chimiquement dépendants.

Quelle est la filière suivie par les jeunes chimiquement dépendants? Parmi ceux qui en prennent à l'occasion, un pourcentage devient de plus en plus accroché. Nous avons travaillé avec certains membres du groupe de prévention du crime de la mairie d'Ottawa qui a organisé l'automne dernier une conférence sur la drogue et l'alcool et qui nous a fait part de ses impressions sur la pression des pairs, impressions qui sont annexées à notre mémoire.

Permettez-moi de faire une petite digression sur les autres politiques et programmes dans nos écoles locales. Nous constatons une progression. Don Smyth, qui avait été engagé par le Conseil scolaire d'Ottawa il y a trois ou quatre ans, a introduit une politique et des programmes. Il y a maintenant dans chaque école un enseignant spécialisé qui sert de personne-ressource. Ce système est bien implanté dans les écoles du Conseil scolaire d'Ottawa.

Au Conseil scolaire d'Ottawa—Carleton, ils ont un tiers d'expert-conseil qui a la responsabilité de cette question. Ils ont mis sur pied un programme en 1984, quand c'était Norman Lewsey, qui connaît très bien la question, qui était l'expert-conseil. Depuis, il a quitté la ville. En fait, il a d'abord travaillé pendant quelques années pour Santé et Bien-être social. J'ai consulté leur document la semaine dernière. Ils n'ont pas été actualisés depuis cette époque, si bien que nombre des renseignements sont malheureusement maintenant dépassés, et ils n'ont pas ce système de formation d'enseignants-ressources affectés à chaque école.

Pour ce qui est des écoles séparées, nous avons fait venir l'automne dernier, à une réunion de l'ACDAJ, un représentant de chacun des conseils scolaires. Les deux représentants des écoles séparées nous ont confirmé qu'ils n'avaient ni politique ni programme parce qu'ils n'avaient pas de problème de drogue.

Tony Sullivan et moi-même avons eu le privilège d'être récemment invités au Collège Saint-Pie X pour parler à environ 200 élèves de 12<sup>e</sup> année. Nous avons fait deux conférences d'une heure en deux jours, et le succès a été assez probant. Nous leur avons distribué un petit questionnaire leur demandant s'ils connaissaient des gens ayant besoin d'aide. Nous avons découvert qu'environ 57 p. 100 d'entre eux connaissaient quelqu'un ayant besoin d'aide; 97 p. 100 d'entre eux nous ont dit que notre conférence avait accru leur conscience du problème. C'est une école qui n'a pas de problème de drogue. Ne me dites pas que tous leurs amis qui ont des problèmes vont dans d'autres écoles.

*[Texte]*

In the independent schools, I do not believe many of them have a policy, except that they expel any student immediately who is found with drugs and there is absolutely no question of asking for a second chance. It is a good system for the school.

• 2010

In almost all schools there is no early identification system whereby first signs would be identified. Their dependency progresses to the point where the student's life is being noticeably affected; grades fall, failing math is an early indicator, absences mount, health declines, sports are dropped, hostility/paranoia increases, friends change, absences or late mornings become increasingly frequent.

The usual disciplinary measures serve to drive the student further toward a chemically-dependent group and where there is an absence of expertise, the drug becomes the friend as the family and the school, indeed all authority figures, become aliens. In most cases a crisis is eventually reached; failing subjects, unacceptable absences, stealing, lying, forged notes appear as disorganization and chaos take hold of the student's life.

What happens next? The chemically-dependent youth may eventually be found out. Now, parents must deal with the totally unfamiliar situation of a changed child personality without familiar points of reference to turn to. They must try to cope with an advanced situation. What should happen next often does not. The parents should be completely informed about the addictive cycle that their son or daughter is in. The stages of addiction should be outlined. Parents should be made aware of the need for assessment for the youth and immediate action on their part to join a parent group. Only then can they begin the process of family recovery, and I may interject here that in the process of the youth becoming addicted, the entire family has become sick. It is entirely a family problem and it requires a family-based recovery program.

Parents should learn from this very first meeting that the cycle is unlikely to be broken unless they take action and that there may be school and community resources to assist them if they are lucky. They must learn that the addiction is the first problem to be addressed and then, unless there are other psychological problems to deal with, they will see a gradual reconstruction of their child's broken life.

Unfortunately, that first meeting often does not take place. Most school administrators do not yet take this approach and parents are left floundering in their attempts to find appropriate help. We believe it must become mandatory in every school to have a drug and alcohol policy and a curriculum that is fully understood and enforced.

*[Traduction]*

Je ne crois pas que beaucoup d'écoles indépendantes aient une politique, si ce n'est que l'étudiant surpris avec de la drogue est immédiatement renvoyé et qu'il n'est absolument pas question de deuxième chance. C'est un bon système pour l'école.

Dans presque toutes les écoles, il n'y a pas de système de dépistage permettant d'identifier les premiers signes. Leur dépendance progresse jusqu'au point où le comportement de l'étudiant ne peut pas ne pas être marqué; les notes baissent, surtout en mathématiques, ce qui est un signe, les absences augmentent, la santé décline, les sports sont abandonnés, l'hostilité et la paranoïa augmentent, les amis changent, les absences ou les retards le matin deviennent de plus en plus fréquents.

Les mesures disciplinaires habituelles ne servent qu'à associer de plus en plus l'étudiant au groupe des chimiquement dépendants, et lorsqu'il y a absence de spécialistes, la drogue devient l'ami, alors que la famille, l'école, toutes les figures d'autorité, d'ailleurs, deviennent l'ennemi. Dans la majorité des cas, une phase de crise finit par être atteinte; les échecs, les absences inadmissibles, le vol, le mensonge, la falsification deviennent le quotidien de la vie désorganisée et chaotique de l'étudiant.

Que se passe-t-il ensuite? Il arrive que le jeune chimiquement dépendant finisse par se faire prendre. Les parents se retrouvent alors face à la situation totalement étrangère d'une personnalité modifiée sans aucun point de référence. Ils doivent essayer de faire face à une situation déjà avancée. Ce qui devrait arriver ensuite souvent n'arrive pas. Les parents devraient être complètement informés sur le cycle d'accoutumance dans lequel est pris leur fils ou leur fille. Les étapes de l'accoutumance devraient leur être expliquées. Les parents devraient être avertis de la nécessité d'une évaluation du jeune et d'une action immédiate d'adhésion à un groupe de parents. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'ils peuvent entamer le processus de reconstruction familiale, et j'ajouterais, en passant, qu'en devenant intoxiqué, c'est toute la famille que ce jeune rend malade. C'est un problème familial auquel il faut appliquer une solution familiale.

Lors de cette toute première réunion, les parents devraient être informés qu'il est fort peu vraisemblable que le cycle soit rompu à moins qu'ils ne prennent des mesures et à condition que la chance leur sourie et qu'il y ait des ressources communautaires et scolaires pour les y aider. Il faut qu'ils apprennent que le premier problème à régler est celui de l'accoutumance et qu'ensuite, à moins qu'il n'y ait d'autres problèmes psychologiques à régler, ils pourront constater une reconstruction progressive de la vie brisée de leur enfant.

Malheureusement, cette première réunion, souvent, n'a pas lieu. La majorité des administrateurs scolaires n'adoptent pas encore cette attitude, et les parents doivent se débrouiller seuls pour trouver de l'aide. Il faut rendre obligatoires dans chaque école une politique sur la drogue et l'alcool et un programme qui soit véritablement compris et appliqué.



## [Text]

We would like to suggest that there is a need for those departments in each province that have responsibility in this area to introduce a mechanism for working together. For example, in Ontario, the Departments of Health, Education, Community and Social Services and Correctional Services need to co-operate so that there will not be, as there is at present, a forgotten youth group who fall between the mandates. Co-operation would also make it much easier for community action groups to find where to go for funding.

Largely because early intervention is not in place in our schools, many students who are finally assessed when the problem has assumed crisis proportions must be referred to treatment. Let us look next at what residential and day treatment is available locally.

The Canada Health Survey estimates that for youths aged 15 to 19, approximately 13% experience behavioural difficulties because of alcohol and drug abuse. That amounts to thousands of youths in Ottawa—Carleton alone. Here is a run-down of our major local facilities, and we are comparatively well served: our house on James Street has 14 beds and a 6-month treatment program, the same for Alwood House in Carleton Place. Rideauwood treats on a day basis about 60 or 70 youths a year. The Royal Ottawa Hospital, in its new Meadowcreek facility, can only treat over 18-year-olds; and there are a few other tiny services. If you total that up, you are into a couple of hundred who are getting treatment annually out of the thousands that need it.

In Canada, there are as yet few equivalents to the 28-day treatment program offered in the U.S. by private institutions. For youth, the Addiction Research Foundation in Toronto has a new youth program with about 12 beds. Saskatchewan is opening a treatment centre for youth similar to those in the United States. Incidentally, the Saskatchewan government's initiatives through its Alcohol and Drug Abuse Commission and its report that I have here, *Alcohol, Drugs and Youth* and its \$4 million allocated for youth addiction purposes are an excellent example to other provinces.

However, returning to local expertise, unless one is lucky enough to occupy one of the few spaces mentioned above, a youth must go to the United States. Beech Hill Hospital in New Hampshire costs for each patient a minimum of \$230 U.S. a day for a 22-day program, that is a minimum program. Of that, 65% is paid by OHIP. So out of a total of \$5,060 U.S., \$1,771 U.S. must be paid by the patient. The Spofford Hall Hospital in New Hampshire charges \$8,200 U.S. for a similar 28-day program, of which the patient must pay \$2,050 U.S. Obviously treatment is only for those who can afford it.

## [Translation]

Selon nous, il est nécessaire que les ministères responsables dans chaque province coordonnent leurs activités. Par exemple, en Ontario, il faut que les ministères de la Santé, de l'Éducation, des Services sociaux et communautaires et des Services correctionnels coopèrent afin qu'aucun groupe de jeunes, comme à l'heure actuelle, ne se retrouve oublié. Cette coopération faciliterait également la tâche des groupes d'action communautaire, qui sauraient où aller chercher de l'argent.

En grande partie parce qu'il n'y a pas intervention immédiate dans nos écoles, le cas de nombreux élèves n'est évalué que lorsque le problème a atteint de telles proportions qu'il nécessite un traitement. Passons maintenant au traitement interne et externe qui existe localement.

Selon l'enquête sur la santé des Canadiens, environ 13 p. 100 des jeunes de 15 à 19 ans connaissent des problèmes de comportement provoqués par l'abus de l'alcool et des drogues. Cela représente des milliers de jeunes pour la seule région d'Ottawa—Carleton. Voici la liste de nos principales installations locales et, comparativement, nous n'avons pas à nous plaindre: notre maison de la rue James a 14 lits et un programme de traitement de six mois. C'est la même chose pour *Alwood House*, à Carleton Place. Rideauwood traite sur une base quotidienne environ 60 à 70 jeunes par an. L'hôpital Royal d'Ottawa, dans ses nouvelles installations de Meadowcreek, ne peut accueillir que les plus de 18 ans; et il y a quelques autres petits services. Si vous faites le total, cela fait environ 200 jeunes sur les milliers qui en ont besoin et qui reçoivent annuellement un traitement.

Au Canada, il y a encore peu d'équivalents du programme de traitement de 28 jours offert aux États-Unis par les institutions privées. Pour les jeunes, l'*Addiction Research Foundation* de Toronto a un nouveau programme destiné aux jeunes, avec environ 12 lits. La Saskatchewan ouvre un centre de traitement pour les jeunes analogue à ceux des États-Unis. En passant, les initiatives du gouvernement de la Saskatchewan, grâce à sa *Alcohol and Drug Abuse Commission* (Commission sur l'abus de l'alcool et des drogues) et à son rapport, que j'ai avec moi, *Alcohol, Drugs and Youth* (Alcool, drogues et jeunesse) et à ses 4 millions de dollars de crédits affectés aux problèmes de toxicomanie des jeunes, sont un excellent exemple pour les autres provinces.

Cependant, pour revenir au plan local, à moins d'avoir la chance d'être accepté dans un des rares lieux que je viens de mentionner, le jeune doit aller aux États-Unis. L'hôpital Beech Hill, au New Hampshire, fait payer à chaque patient un minimum de 230\$ américains par jour pour un programme de 22 jours, et c'est un programme minimum. Sur cette somme, 65 p. 100 sont remboursés par l'OHIP. Donc, sur un total de 5,060\$ américains, le patient doit payer de sa poche 1,771\$ américains. À l'hôpital Spofford Hall du New Hampshire, un programme semblable de 28 jours coûte 8,200\$ américains, dont 2,050\$ américains sont payés par le



[Texte]

[Traduction]

patient. Il est évident que seuls ceux qui ont les moyens de se le payer peuvent obtenir un tel traitement.

• 2015

Evidently, the enormous increase in drug use over the past 20 years has taken Canada by surprise. We find ourselves in a situation where unwitting lack of foresight in the past and absence of action in the present has led to a situation where we are now sending billions of dollars to the U.S. for youth treatment which should be available here. As an aside, we point out that those ads you may have seen on OC Transpo buses for help with addictions are for Beech Hill, New Hampshire through their Ottawa office. We hope to replace that with our hotline number very soon.

You have heard about this funding going to the United States from other witnesses. What we want to add to your awareness is the detrimental effect of this gap in the continuum of treatment for youth. It is extremely hard on a family to send a youth to the U.S. for treatment, even if they can afford it. It is even harder on the chemically-dependent youth. And perhaps worst of all is the fact that the results are not as good as they would be if the treatment had been local. Two essential components in the recovery process are that the family is involved and that the patient makes new friends and finds alternative activities. How can this be arranged from the United States? In a few cases, appropriate after care in Canada is organized. But may we repeat, this U.S. option for residential treatment for our youth is completely inappropriate.

One final point about treatment is that until January this year there were hardly any free treatment services locally, and many youths simply could not afford residential or day recovery programs. Many of us lobbied the Ministry of Health and raised funds to save Alwood House from closure last October when the weight of its overdraft was becoming too overwhelming. In light of this, it has often seemed to many of us and must to so many young people that society has abandoned them.

We would like to draw your attention to another area of grave concern. There is a serious and costly absence of any chemical dependency training for youth direct service workers. We have received requests for information from social workers, counsellors with the Futures program, Children's Aid workers, to name a few. We have had occasion to give specific information to police officers. At first, this came as a surprise, until we realized that lack of information and training runs right through our society.

Bien sûr, l'énorme augmentation de l'usage des drogues au cours des 20 dernières années a pris les Canadiens au dépourvu. En raison de notre imprévoyance involontaire dans le passé et de notre inaction actuelle, il nous en coûte maintenant des milliards de dollars pour faire traiter les jeunes aux États-Unis, alors qu'il devrait être possible de les traiter ici. En passant, vous avez peut-être vu sur les autobus d'OC Transpo les annonces publicitaires que fait Beech Hill, du New Hampshire, par l'intermédiaire de son bureau d'Ottawa, pour venir en aide aux toxicomanes. Nous espérons remplacer ces annonces très bientôt par le numéro de notre ligne téléphonique directe.

Vous avez entendu parler par d'autres témoins que ce financement allait aux États-Unis. Nous voulons porter à votre attention les effets préjudiciables d'une telle interruption dans la poursuite du traitement pour les jeunes. Il est extrêmement difficile pour une famille d'envoyer un jeune se faire traiter aux États-Unis, même si elle en a les moyens. Et c'est encore plus difficile pour le jeune toxicomane. Ce qui est encore pire, peut-être, c'est que les résultats ne sont pas aussi satisfaisants qu'ils le seraient si le traitement avait été disponible localement. Les deux éléments essentiels du processus de réadaptation sont la participation de la famille et le fait que le patient se fait de nouveaux amis et trouve d'autres activités. Comment est-ce possible à partir des États-Unis? Dans quelques cas, certains services après traitement sont offerts au Canada. Mais nous tenons à répéter que cette solution de traitement aux États-Unis pour nos jeunes ne convient absolument pas.

Enfin, jusqu'en janvier dernier, les services gratuits étaient pratiquement absents localement, et bon nombre de jeunes n'avaient tout simplement pas les moyens d'obtenir le traitement dont ils ont besoin à titre de résidents ou de malades externes. Bon nombre d'entre nous ont fait pression auprès du ministère de la Santé et du Bien-être social et recueilli des fonds pour empêcher la fermeture de la Maison Alwood, en octobre dernier, lorsqu'elle était en difficulté financière. Pour toutes ces raisons, donc, les jeunes ont souvent eu l'impression que la société les avait abandonnés.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur une autre question qui nous préoccupe sérieusement: l'absence d'un programme de formation spécialisée pour les travailleurs sociaux qui s'occupent des jeunes toxicomanes qui font usage de drogues chimiques. Nous avons reçu des demandes de renseignements de la part des travailleurs sociaux, du conseiller du programme Perspectives, des travailleurs de la Société de l'aide à l'enfance, pour n'en nommer que quelques-uns. Nous avons eu l'occasion de donner des renseignements précis à des policiers. D'abord, cela nous a un peu surpris, jusqu'à ce que nous nous rendions compte du manque d'information et de formation dans notre société.

## [Text]

You have heard from the Health Promotion Branch of the Department of National Health and Welfare that they have produced certain training programs for professionals. We believe from our experience and from examining the work of our colleagues in Ottawa—Carleton that a close look should be taken at the ways in which education and awareness are done. There are serious denial barriers to be addressed if the messages are to reach their audience and have effect. The denial associated with accepting that alcohol is the drug which is doing the most damage to health and yet is legal. The denial of parents who are ashamed to admit or have difficulty accepting that their son or daughter is using illicit drugs. The denial of school administrators who do not want to admit that there are drugs in their schools. The denial of youth who do not want to go against their peers and say no when pressured to use alcohol or drugs. The denial of governments who would rather give millions to the U.S. than to start Canadian treatment centres for youth.

The final area to which we wish to draw your attention is that of youth and the legal system. It would be unwise to assume that we can deal separately with the issue of youth with addiction problems and youth with legal problems. In many instances, addiction is the reason why otherwise law-abiding youth turn to crime. There comes a point in the use of licit or illicit drugs when the youth can no longer afford the chemical dependency. Money is stolen from the family. Personal goods and family property are sold. Then theft of other people's property begins. Surely the police are aware how many break and enter crimes are directly related to addictions. Are you aware of the irresponsible attitude to property that the youth develops, aided and abetted by peers? Home electronic equipment is a fine example. Stereos, televisions, etc., worth hundreds of dollars sell on the streets for \$20 to \$50, enough for the next hit of drugs. The vision is very limited. Dealing becomes a source of income for many, although somehow the youth whose math ability has already suffered, does not keep ahead of the dealer. So then they live in fear of reprisals for unpaid fronted debts.

It seems utterly amazing to us that there is little recognition of the need and even less action to identify the addiction of the young criminal. Surely this is not against the Human Rights Code. Our interviews with police officers suggest that most police officers receive little or no training in alcohol or drug issues except with respect to the enforcement of existing laws, and also by the way, in the Employee Assistance Program respect with their colleague.

## [Translation]

La Direction générale des services et de la promotion de la santé du ministère de la Santé et du Bien-être social nous a dit qu'elle avait produit certains programmes de formation pour les professionnels. Selon notre expérience et selon le travail effectué par nos collègues dans la région d'Ottawa—Carleton, nous croyons qu'il faudrait examiner de près la façon d'informer et de sensibiliser la population. Si nous voulons que les messages atteignent les personnes visées et qu'ils soient efficaces, il faudra éliminer certains obstacles. Par exemple, les gens refusent d'accepter que l'alcool, pourtant légal, est la drogue qui nuit le plus à la santé. Certains parents ont honte d'admettre ou ont de la difficulté à accepter que leur fils ou leur fille utilise des drogues illicites. Certains administrateurs d'école ne veulent pas admettre que des drogues circulent dans leurs écoles. Certains jeunes qui ne veulent pas être différents de leurs pairs ne peuvent dire non lorsqu'on leur offre de l'alcool ou des drogues. Les gouvernements préfèrent donner des millions de dollars aux États-Unis plutôt que de mettre sur pied des centres canadiens de traitement pour les jeunes.

Le dernier domaine sur lequel nous désirons attirer votre attention est celui des jeunes et du système judiciaire. Il serait mal avisé de prétendre que nous pouvons traiter séparément le problème d'alcoolisme et de toxicomanie chez les jeunes et les jeunes qui ont des problèmes avec la justice. Dans bien des cas, le problème de dépendance est la raison pour laquelle un jeune qui respecterait normalement la loi se tourne vers le crime. À un certain moment donné, le jeune n'a plus les moyens de se payer les drogues licites ou illicites. Il vole de l'argent à sa famille. Il vend ses biens personnels ou ceux de la famille. Il commence ensuite à commettre des vols en dehors de sa famille. Les policiers savent certainement jusqu'à quel point les vols avec effraction sont directement liés au problème de dépendance. Êtes-vous conscients de l'attitude irresponsable envers la propriété que le jeune développe, aidé et encouragé par ses pairs? Par exemple, les appareils électroniques, stéréos, télévisions, etc., qui valent des centaines de dollars, se vendent entre 20\$ et 50\$ dans la rue, c'est-à-dire juste assez pour la prochaine dose. La prévoyance de ces jeunes est très limitée. Le trafic de la drogue devient une source de revenus pour bon nombre d'entre eux, bien que d'une certaine façon, le jeune dont les capacités mathématiques sont déjà affaiblies n'arrive pas à payer le trafiquant. Il vit donc constamment dans la crainte de représailles pour les dettes qu'il n'a pas payées.

Il nous semble tout à fait étonnant que l'on reconnaisse très peu le besoin d'identifier la dépendance des jeunes criminels, et même encore moins de prendre des mesures à cet égard. Cela ne va certainement pas à l'encontre de la charte des droits de la personne. Nos entrevues avec des policiers laissent entendre que la plupart des agents reçoivent très peu de formation, ou même aucune, sur les questions d'alcoolisme et de toxicomanie, sauf pour ce qui est du respect des lois actuelles et aussi du programme d'aide aux employés en ce qui a trait à leurs collègues.



[Texte]

[Traduction]

• 2020

They believe at present that referral or counselling activities do not lie within the mandate of police forces. However, they also assert that alcohol and drugs are involved in one way or another in the majority of youth crime.

Unfortunately, the courts do not deal appropriately with the issue either. Legal aid resources are already stretched to provide basic legal support, although in some cases referral to treatment agencies will be made, and most of the young people of course use legal aid lawyers. Within the broader community of lawyers and judges, there appears to be little orientation to this issue. There is an enormous cost to individuals and society because of these omissions.

What we suggest is an immediate investigation directed to developing appropriate training and regulations. There needs to be a person who is fully trained in chemical dependency in every juvenile and young offender court. Their job would be to liaise with the network of people who are working on the offender's case—the lawyer, Crown attorney, parents, probation officers, and the judge—so that treatment for the chemical dependency is mandated.

The following recommendations are the ones we see at the moment are of the most urgent importance.

Immediate funding of community and parent action groups. The federal government should provide immediate emergency funds to existing community and parent action groups, so they can continue their work.

Formation of a national network of community and parent action groups. The federal government should provide immediate funding to a coalition of community and parent action groups so they can conduct a workshop and share their expertise and develop a national network and a national strategy for united action. YADCA and PAD—this is PAD Toronto that I have been speaking to—are prepared to co-ordinate this initiative.

Parent education materials. The federal government should give immediate consideration to filling the need for a parent handbook and complementary videotape and providing for its effective distribution across Canada to schools, parents, youth service workers, and probably many other sources.

A national public awareness campaign. The federal government should fund a national public awareness campaign on the scale of Participaction, with the intention of reaching all Canadians and their families with the message that urgent concerted action is needed to combat youth chemical dependency.

Ils croient actuellement que l'aiguillage et l'orientation ne font pas partie du mandat des forces policières. Ils affirment toutefois que l'alcool et les drogues ont dans la plupart des cas quelque chose à voir avec les crimes chez les jeunes, d'une façon ou d'une autre.

Malheureusement, les tribunaux ne s'occupent pas non plus de cette question comme il convient. Les ressources de l'aide juridique arrivent déjà à peine à offrir un service juridique de base, bien que certains cas soient renvoyés à des agences de traitement, et la plupart des jeunes ont bien sûr recours à des avocats de l'aide juridique. Chez les avocats et les juges, il semble y avoir très peu d'orientation vers cette question. Ces omissions coûtent très cher aux particuliers et à la société.

Nous proposons donc que l'on étudie immédiatement la possibilité de mettre au point une formation et une réglementation appropriées. Il devrait y avoir dans chaque tribunal de la jeunesse et des jeunes contrevenants une personne compétente qui a reçu une formation dans le domaine de la dépendance des drogues chimiques. Cette personne ferait la liaison avec les gens qui s'occupent du jeune contrevenant, c'est-à-dire l'avocat, le procureur de la Couronne, les parents, les agents de probation et le juge, de sorte que le traitement pour la dépendance des drogues chimiques soit obligatoire.

Voici les recommandations que nous considérons comme étant actuellement des plus urgentes.

Le financement immédiat des groupes d'action communautaire et des groupes de parents. Le gouvernement fédéral devrait fournir des fonds d'urgence immédiats aux groupes actuels d'action communautaire et aux groupes de parents, de sorte qu'ils puissent poursuivre leur travail.

La formation d'un réseau national de groupes d'action communautaire et de groupes de parents. Le gouvernement fédéral devrait fournir un financement immédiat pour la coalition de groupes d'action communautaire et de parents, de sorte qu'ils puissent tenir un atelier et partager leurs compétences et qu'ils puissent mettre sur pied un réseau national et une stratégie nationale d'action. L'ACDAJ et le PAD—j'ai parlé au PAD de Toronto—sont prêts à coordonner cette initiative.

Des documents d'information pour les parents. Le gouvernement fédéral devrait envisager immédiatement la production d'un manuel et d'une bande vidéo pour les parents et en assurer la distribution efficace dans les écoles, aux parents, aux travailleurs sociaux qui s'occupent des jeunes, etc., dans tout le Canada.

Une campagne nationale de sensibilisation. Le gouvernement fédéral devrait financer une campagne nationale de sensibilisation de la population à l'échelle de Participaction, afin de donner à tous les Canadiens et à leurs familles le message qu'une action concertée urgente est nécessaire pour combattre la dépendance des jeunes vis-à-vis des drogues chimiques.



## [Text]

Urgent education system actions. There is an urgent need for early intervention systems in all Canadian schools, for mandatory school drug and alcohol policies standardized by provincial ministries of education and carried out effectively in every school, for training of specialist teachers, councillors, and social workers throughout all school systems, as well as professional development and orientation of every teacher. Presumably this can only be achieved through the provincial Ministers of Education making allocations of the necessary funds and taking the necessary measures in their province. We urge immediate implementation of any federal initiatives that will assist this urgent matter.

Law enforcement and legal systems educational and procedural changes. In the light of the absence of measures to identify chemically dependent youth who are charged with other crimes, immediate steps should be taken to ensure the chemically dependent youth is identified and assisted to find treatment and recovery. A trained addiction counsellor should be appointed to every youth court to co-ordinate actions taken with chemically dependent offenders.

Education and training for doctors, lawyers, and direct service workers. There should be far more education and training about addictions for doctors, lawyers, and direct service workers.

Finally, although we did not mention it in our report, the prohibition of the sale of paraphernalia and of head shops. There should be laws prohibiting the sale of paraphernalia used for illicit drug use.

**The Chairman:** Tony, go ahead, please.

**Mr. Tony Sullivan (Youth Volunteer, Youth Alcohol and Drug Community Action):** To those concerned, I would like to talk about myths and denial; two topics impossible to prove in the present, yet unavoidable in the future. The NIMBY syndrome—not in my back yard—as I will call it, occurs when a community lobbies to deny a treatment centre in the vicinity of their residences. This is believed to threaten families and children, property value, and reputation. It is expressed in anger, denial, rage, and confusion, usually under a lot of myths and misunderstanding. They do not realize the disease concept and treatment process necessary to recovering alcoholics and drug addicts.

The reward of a treatment centre in any community is the change that occurs in the hopeless one to an admirable person capable of functioning and producing again in our society. Can we afford to keep NIMBY alive?

## [Translation]

Des mesures urgentes au niveau de l'enseignement. Il y a un besoin pressant de mettre en place des réseaux d'intervention dans toutes les écoles canadiennes, des politiques obligatoires en matière d'alcoolisme et de toxicomanie uniformisées par les ministères provinciaux de l'Éducation et mises en vigueur dans toutes les écoles, la formation d'enseignants spécialistes, de conseillers et de travailleurs sociaux dans tous les réseaux scolaires, ainsi que le perfectionnement et l'orientation professionnels de tous les enseignants. La seule façon d'y arriver, c'est que les ministres provinciaux de l'Éducation affectent les sommes nécessaires et prennent les mesures nécessaires dans leurs provinces. Nous prônons la mise en vigueur immédiate de toute initiative fédérale qui aidera cette question urgente.

Le respect de la loi et les changements du système juridique au niveau de la procédure et de l'éducation. Étant donné l'absence de mesures pour identifier les jeunes qui dépendent des drogues chimiques et qui sont accusés d'autres crimes, des mesures immédiates devraient être prises pour veiller à ce que ces jeunes soient identifiés et qu'on les aide à obtenir un traitement et à se réadapter. Un conseiller compétent en matière de dépendance devrait être nommé dans chaque tribunal de la jeunesse afin de coordonner les mesures prises en ce qui concerne les contrevenants qui dépendent des drogues chimiques.

Information et formation pour les médecins, avocats et travailleurs sociaux. Il devrait y avoir beaucoup plus de formation et d'information au sujet des dépendances pour les médecins, les avocats et les travailleurs sociaux.

Enfin, bien que nous ne l'ayons pas mentionné dans notre rapport, l'interdiction des *head shops*, bazars qui se spécialisent dans les articles destinés aux toxicomanes. Il devrait y avoir des lois interdisant la vente des articles utilisés pour la consommation de drogues illicites.

**Le président:** Tony, vous pouvez y aller.

**M. Tony Sullivan (bénévole, Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes):** Pour ceux que cela intéresse, j'aimerais parler des mythes et des dénégations, deux sujets impossibles à prouver actuellement, mais qui seront pourtant inévitables à l'avenir. Le syndrome du pas-dans-ma-cour se produit lorsqu'une communauté fait des pressions pour refuser qu'un centre de traitement s'établisse dans son voisinage. On croit qu'il représentera une menace pour les familles et les enfants, la valeur de la propriété et la réputation. Tous ces mythes et ces malentendus donnent souvent lieu à la colère, la dénégation, la rage et la confusion. Ces personnes ne se rendent pas compte que l'alcoolisme et la toxicomanie sont des maladies et que ces jeunes ont besoin de traitements pour se réadapter.

La récompense d'un centre de traitement dans n'importe quelle communauté est le changement qui se produit chez un jeune pour qui il n'y avait plus d'espoir, qui devient une personne admirable, capable de fonctionner et de produire dans notre société. Avons-nous les moyens de laisser survivre le syndrome du pas-dans-ma-cour?

## [Texte]

Another syndrome I would like to call the NOOSE: "not our own school especially". It occurs when administration and parents deny there are problems with drugs or alcohol in their school especially. Again, myths and denial allows the problem to become progressively worse until the youth is legally allowed to leave school.

• 2025

Most teachers fear intervention, and the consequent results of informing parents of that which appears to be a chemical dependency. The number of teachers who are courageous enough to voice their opinion of a student's welfare see little courage in a system that encourages education rather than the student's overall welfare as a whole. If we are a humanitarian society can we afford to keep the NOOSE?

The next syndrome I would like to talk about is BICBO: "But I Cannot Be One". It is the crippling mess, that I will never lose everything like the winos. This is a disease that impairs their perception of life and the illusion that they are really escaping. Yet they fail to see the loss and destruction in their own lives.

Some professionals believe that one addict or alcoholic damages or negatively affects three other people directly or indirectly. If we can acknowledge that one person in ten, or 10% of our population, is chemically dependent, can we deny the existence of BICBO?

The following story occurred in a Montreal hospital. One day two AA members were called by a doctor to talk to one of his patients who felt a need to talk. They arrived at the hospital and sat beside the young lady, listening to her talk. About a half hour later one member said to the other, we cannot help her black, brown, and blue blotchy spots disappear, or the bloated stomach retract. So they told her doctor their concerns. He replied, she just wanted to talk. They said, okay, and went back without complaints, but with a sympathetic heart. They were talking for another half hour and the one guy could not take it any more, and said, we cannot help you, you are beyond our help. She replied, yes, I know, I just wanted you to tell my mother it was not my fault.

Two hours later, while talking to her mother, explaining what happened, they received a phone call: her 16-year-old daughter had died of alcoholism.

Denying that there was a problem will not change the fact, if anything the destructive capability is always going to be there. It will be dramatically increased over time, with denial hidden with myths. Can we use our past experiences to gather strength together to offer some hope?

## [Traduction]

Il y a un autre syndrome, que j'appellerais «surtout pas dans mon école». Il se produit lorsque l'administration et les parents refusent d'admettre qu'il existe des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme dans leur école. Là encore, les mythes et les dénégations permettent au problème de s'aggraver progressivement jusqu'à ce que le jeune puisse légalement quitter l'école.

La plupart des enseignants craignent l'intervention et les conséquences d'informer les parents lorsqu'il semble qu'un jeune dépend d'une drogue chimique. Le nombre d'enseignants qui sont assez courageux pour le faire ne considèrent pas le système actuel comme étant très courageux, puisqu'il favorise l'éducation au bien-être global de l'étudiant. Comment pouvons-nous permettre le syndrome du «surtout pas dans mon école» si nous sommes une société humanitaire?

Le prochain syndrome dont j'aimerais parler est celui du «mais je ne peux pas en être un». Cette personne croit qu'elle ne perdra jamais tout comme un robinet. C'est une maladie qui déforme la perception de la vie et donne l'illusion d'évasion réelle. Pourtant, ceux qui en sont atteints ne se rendent pas compte de la perte et de la destruction de leur propre vie.

Certains professionnels croient qu'un toxicomane ou qu'un alcoolique fait tort à trois autres personnes directement ou indirectement. Si nous pouvons admettre qu'une personne sur 10, ou 10 p. 100 de la population, est dépendante des drogues chimiques, comment pouvons-nous nier l'existence du syndrome «mais je ne peux pas en être un»?

Ce que je vais vous raconter s'est produit dans un hôpital de Montréal. Un jour, un médecin appela deux membres des AA pour parler à un de ses patients qui en ressentait le besoin. Une fois arrivés à l'hôpital, ils s'assirent à côté de la jeune femme et l'écoutèrent parler. Environ une demi-heure plus tard, un membre dit à l'autre: nous ne pouvons pas faire disparaître ses bleus ni régler ses problèmes d'estomac. Ils firent donc part de leur préoccupation au médecin de la jeune femme, qui répondit: elle ne voulait que parler. Ils dirent: très bien, et retournèrent, sans se plaindre, l'écouter d'une oreille sympathique. Au bout d'une autre demi-heure, l'un des deux gars en avait assez et lui dit: nous ne pouvons vous aider, il n'y a rien que nous puissions faire pour vous. Elle répondit: oui, je sais, je voulais tout simplement que vous disiez à ma mère que ce n'est pas ma faute.

Deux heures plus tard, pendant qu'ils parlaient à sa mère et lui expliquaient ce qui s'était produit, elle reçut un appel téléphonique: sa jeune fille de 16 ans venait de mourir d'alcoolisme.

Nier l'existence du problème ne change rien au fait, et la capacité destructive est toujours là. Elle augmentera de façon draconienne avec le temps, avec les dénégations et les mythes. Pouvons-nous nous servir de nos expériences passées pour rassembler assez de force et offrir un peu d'espoir?



[Text]

Thank you for listening.

**The Chairman:** Thank you very much, Tony.

I should apologize perhaps to you, Miss MacFadden, if you thought we were laughing up here during your presentation. Mr. McNaughton, our researcher, was so impressed with your brief to us that he thought that our report was sitting right there in your brief, that he was not going to have to make a report for us. We were very much impressed with it, and I am sure the committee would like to ask you some questions.

I will start this time with Mr. Turner and then Mr. Grondin.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Thank you, Mr. Chairman and welcome to our witnesses. I appreciate your support in the beginning with your opening comments. The further we get into this problem, which we launched a few months ago, the more we realize how serious an issue it is in Canada, particularly the alcohol-dependency question, and this is not only for young people but for all Canadians.

Your recommendations are superb and I think we will probably be incorporating a lot of those into our report, once we get to writing it.

I will ask a different question here to start off with, because I have some friends who are going through a very serious problem at the moment, which I just discovered on the weekend, a drug problem. I wonder if you can tell me how a parent tells a teenage son or daughter that her mother or father has a drug problem, either as a user or as a trafficker?

**Ms MacFadden:** You are suggesting that they need to tell them, that there is a family problem that requires them to tell them?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Yes.

**Ms MacFadden:** Are they prepared to change? What is the purpose for telling them?

• 2030

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** They are going to find out. If the parent is, let us say, admitted for treatment or if he or she is a trafficker, charged and found guilty, it will become public knowledge. How do you communicate that to a young teenager?

**Ms MacFadden:** I do not think in most families we should underestimate the adolescent; they probably know already.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** They know.

**Ms MacFadden:** We are talking about keeping those family lines of communication open, as being among the very important solutions to this problem. I have known families in which the parents will quit all kinds of

[Translation]

Merci de m'avoir écouté.

**Le président:** Merci beaucoup, Tony.

Madame MacFadden, je voudrais m'excuser si vous croyez que nous étions en train de rire pendant votre exposé. M. McNaughton, notre chercheur, a été tellement impressionné par votre exposé qu'il nous a dit penser que notre rapport se trouvait dans votre exposé, qu'il n'aurait pas besoin de rédiger un rapport pour nous. Votre exposé nous a beaucoup impressionnés, et je suis certain que le Comité aimerait vous poser des questions.

Je vais commencer cette fois-ci par M. Turner, puis M. Grondin.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Merci, monsieur le président et bienvenue à nos témoins. Je vous remercie de votre appui que vous avez exprimé dans vos remarques liminaires. Plus nous avançons dans l'étude de ce problème, que nous avons entreprise il y a quelques mois, plus nous nous rendons compte de la gravité de cette question au Canada, particulièrement en ce qui concerne l'alcoolisme, non seulement chez les jeunes, mais chez tous les Canadiens.

Vos recommandations sont superbres, et je crois que nous allons sans doute en incorporer beaucoup dans notre rapport lorsque nous le rédigerons.

Je vais poser une question différente pour commencer, car j'ai des amis qui ont un problème très grave en ce moment, un problème de toxicomanie, que je viens tout juste de découvrir en fin de semaine dernière. Je me demande si vous pouvez me dire comment un parent apprend à son jeune garçon ou à sa jeune fille que son père ou sa mère a un problème de toxicomanie, soit parce qu'il ou elle en fait la consommation ou le trafic.

**Mme MacFadden:** Voulez-vous dire qu'il faut le leur dire, qu'il y a un problème familial qui les oblige à le leur dire?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui.

**Mme MacFadden:** Est-ce qu'ils sont prêts à changer? Est-ce qu'il y a une raison pour le leur dire?

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ils vont l'apprendre. Disons que le parent est admis dans une institution pour obtenir un traitement, ou s'il ou elle est accusé et trouvé coupable de trafic de drogue, tout le monde le saura. Comment pouvez-vous apprendre une telle chose à un jeune adolescent?

**Mme MacFadden:** Dans la plupart des familles, je crois qu'il ne faudrait pas sous-estimer l'adolescent; il le sait probablement déjà.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Ils le savent.

**Mme MacFadden:** L'une des plus importantes solutions à ce problème, c'est que les membres de cette famille continuent à communiquer. J'ai connu des familles où les parents laissaient tomber toute dépendance, qu'il s'agisse



[Texte]

addictions, from smoking on down, because of the pressure of the children.

Perhaps if they would open the lines of communication. . . but I would suggest in the presence of a counsellor. I would suggest that they would make an arrangement with the Rideauwood Institute, for Joan Leadbetter-Graham or one of the other experienced counsellors there and sit down together for even this very first moment of explaining the problem. From then on they would be in the hands of one of the most skillful people that I have worked with in the past five years and they might, they might, through that first encounter begin the recovery process.

If they try to do it, there will be recriminations; there will be all the other things that happen when a family is in the throes of this disease. It is essential to get help.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** All right. Thanks. We have the unique opportunity here, Mr. Chairman, of having some young people with us, for the first time, I guess, before our committee and I think we are encouraged by that. I want to ask you a couple of questions, and direct them to Mr. Sullivan. Ynd you can direct them to your colleagues as you wish.

How did you come to decide to go to Our House?

**Mr. Sullivan:** It is called Alwood now. It is in Carleton Place.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** The report refers, I thought, to Our House.

**Ms MacFadden:** There is Our House on James Street and there is Alwood House in Carleton Place. These three young people here happen to go to Alwood in Carleton Place, which is used, by the way, by many people in Canada. It is used by people from Quebec; it is used by people from Alberta.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good, I congratulate you and I encourage you for that. Could you just tell us what it is that motivated you to go to that house? Do you remember?

**Mr. Sullivan:** My nineteenth birthday; realizing I was an adult. I was working in a Mac's Milk. I had been through three overdoses—

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Of what? Can we ask?

**Mr. Sullivan:** Sleeping pills, uppers. Three suicide attempts. I was suicidal for my last year and a half of taking drugs. Basically not having any money to live and the ways I had to earn the money I was not proud of. A friend just happened to offer at the right time and I did go to Rideauwood and they referred me to Alwood.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** So you were essentially then referred there by a friend?

**Mr. Sullivan:** Yes.

[Traduction]

de fumer ou d'une autre dépendance plus grave, à cause de leurs enfants.

Peut-être que s'ils pouvaient continuer à communiquer. . . mais je propose qu'ils le fassent en présence d'un conseiller. Je leur suggérerais de communiquer avec l'Institut Rideauwood, afin que Joan Leadbetter-Graham, ou un autre de leurs conseillers expérimentés, soit présent, même lors de cette toute première fois où ils expliqueront le problème. Ils seraient alors entre les mains d'une des personnes les plus compétentes avec qui j'ai travaillé au cours des cinq dernières années, et ils pourraient entreprendre le processus de réadaptation dès cette première rencontre.

S'ils essaient de le faire tout seuls, il y aura des récriminations; il arrivera toutes les autres choses qui se produisent lorsqu'une famille est aux prises avec un tel problème. Il est donc essentiel d'obtenir de l'aide.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très bien. Merci. Monsieur le président, nous avons la chance unique d'avoir pour la première fois, je crois, des jeunes devant notre Comité, et c'est très encourageant. Je veux vous poser quelques questions et les adresser à M. Sullivan. Vous pourrez ensuite les adresser à vos collègues si vous le désirez.

Comment en êtes-vous venu à la décision d'aller au centre Our House?

**M. Sullivan:** Il s'appelle maintenant Alwood. Il se trouve à Carleton Place.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Je croyais qu'il était question de Our House dans le rapport.

**Mme MacFadden:** Our House se trouve rue James et la Maison Alwood à Carleton Place. Les trois jeunes qui sont ici aujourd'hui vont à Alwood, à Carleton Place, que fréquentent, en passant, beaucoup de Canadiens. Des Québécois et des Albertains s'y rendent.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Bien, je vous félicite et je vous y encourage. Pouvez-vous nous dire ce qui vous a motivé à aller dans ce centre? Est-ce que vous vous en souvenez?

**M. Sullivan:** Mon 19<sup>e</sup> anniversaire. Je me suis rendu compte que j'étais un adulte. Je travaillais dans un Mac's Milk. J'avais déjà fait trois surdoses. . .

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De quoi? Pouvons-nous vous le demander?

**M. Sullivan:** Des somnifères, des stimulants. Trois tentatives de suicide. Au cours de la dernière année et demie où je prenais des drogues, j'étais suicidaire. Je n'étais pas fier de ne pas avoir d'argent pour vivre ni de la façon dont je devais de l'argent. Un ami se trouvait là au bon moment, et je suis donc allé à Rideauwood, où l'on m'a renvoyé à Alwood.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** C'est donc un ami qui vous y a envoyé?

**M. Sullivan:** Oui.

[Text]

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** How were you getting your drugs, legally or illegally?

**Mr. Sullivan:** I guess you could say male prostitution, abusing my family members, working a full-time and a part-time job to support my habit.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** So you used some of your own personal income to support this?

**Mr. Sullivan:** Yes, most all of it.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Would any of the other young people here care to comment on those same questions?

**Mr. Miles Romain (Youth Volunteer, Youth Alcohol and Drug Community Action):** I am Miles Romain. I would like to comment on the first question. What possessed me to straighten out my life was a variety of things. I was confronted by my vice-principal and he looked at me and he said: "Miles, you are OD-ing". I was not OD-ing; I was strung out. Later on that day I went home. The next day I went to see him and I said: "About what you said, I want to talk to you. I want to get help." Then I went up to Alwood.

• 2035

Part of what was happening at the time... basically, I was deteriorating. I was falling apart. My hair was falling out of my head; my teeth were falling out of my head; I had scabs all over my face; my stomach hurt all the time; I could barely walk because my stomach hurt.

It seemed that from the beginning I jumped right into it, and that is part of why the addiction went so fast. I jumped right into it. I felt that I had to be like other people. But by the time I finished I was not like other people; I was far worse. So I went up to this place and things turned out.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good for you. I am going to ask one last question. I have to leave, I am afraid.

If any of you three were a Member of Parliament, what would you do first to try to combat the alcohol and drug problem we have with young people?

**Mr. Sullivan:** Make it mandatory to have one resource person in a school. I would arrange a public speaker syndicate throughout Ottawa—Carleton; I guess more throughout the province if I was a Member of Parliament. I would give funding to recovery centres. I would encourage parents to join parent groups. I would enforce the disease concept; that it is okay to be sick, you are not a bad person. Alcoholism is a disease—it is not a disgrace—and it should be treated as such.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Very good answer, Tony.

[Translation]

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** De quelle façon obteniez-vous vos drogues, légalement ou illégalement?

**M. Sullivan:** Je me prostituais, je profitais des membres de ma famille, je travaillais à plein temps et à temps partiel pour me payer ces drogues.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Donc, vous utilisiez une partie de votre revenu personnel pour vous payer ces drogues?

**M. Sullivan:** Oui, la plupart de mon revenu.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Est-ce qu'un autre jeune présent ici voudrait bien répondre aux mêmes questions?

**M. Miles Romain (bénévole, Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes):** Je m'appelle Miles Romain. J'aimerais commenter votre première question. Toute une série de choses m'ont amené à prendre ma vie en main. Le directeur adjoint de mon école m'a abordé; il m'a regardé et m'a dit: «Miles, tu prends une surdose.» Je ne prenais pas de surdose; j'étais très tendu. Plus tard dans la journée, je suis retourné à la maison. Le jour suivant, je suis allé le voir et je lui ait dit: «À propos de ce que vous m'avez dit, j'aimerais vous parler. Je veux de l'aide.» Puis je suis allé à Alwood.

Ce qui m'arrivait à l'époque, c'est que je dépérissais. Mes cheveux et mes dents tombaient, mon visage était couvert de cicatrices, j'avais constamment mal à l'estomac. Je pouvais à peine marcher tellement j'avais mal à l'estomac.

Il semble que depuis le début, je m'étais réellement embarqué, et c'est en partie pourquoi je suis devenu si rapidement dépendant. Je croyais que je devais être comme les autres. Mais à la fin, je n'étais plus comme les autres, j'étais bien pire. Je suis donc allé à cet endroit, et les choses ont changé.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Tant mieux. Je vais vous poser une dernière question. Je dois malheureusement partir.

Si l'un d'entre vous était député, qu'est-ce que vous feriez d'abord pour essayer de combattre le problème d'alcoolisme et de toxicomanie que nous avons chez les jeunes?

**M. Sullivan:** Je rendrais obligatoire qu'il y ait une personne-ressource dans l'école. J'organiserais une coopérative de conférenciers dans la région d'Ottawa—Carleton, et même dans toute la province, si j'étais député. J'accorderais des subventions aux centres de réadaptation. J'encouragerais les parents à se joindre aux groupes de parents. Je ferais valoir la notion de maladie; vous pouvez être malade, vous n'êtes pas mauvais. L'alcoolisme est une maladie—ce n'est pas une honte—et devrait être traitée de la sorte.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très bonne réponse, Tony.



[Texte]

Miles, would you like to comment as well on that question? Maybe Tony got it all.

**The Chairman:** Veronica?

**Ms Veronica Bell (Youth Volunteer, Youth Alcohol and Drug Community Action):** If I was a Member of Parliament I would try to have prevention, some kind of educational information, maybe in the health classes at schools. I think even now they have support groups in schools for people who are on drugs, but I would have some kind of group to prevent the drug addiction and educate the students, not in a teaching way necessarily, but in a comfortable, friendly atmosphere, and deal maybe a bit with the family situation, how things are at home, before something happens.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Good. Thank you.

Miles, do you want to add anything to that?

**Mr. Romain:** When I was in high school and I would listen to speakers and I would hear something I would be able to relate to, it made me feel that I was not alone. That was a big problem I had: I felt I was alone. So, feeling that way... at first, I was not about to get sober; that soon changed.

So what I would do is much like what Tony was saying. I would implement more young speakers for the young people, because they were who I was able to relate to, and that felt good. Being the person I was at the time, I thought: I want to be like him; I can relate to it. That is what I would do to start.

**Ms MacFadden:** I would like to interject something before you leave, Mr. Turner, because you might be able to help us with this. Talking about youth outreach programs, we have an application in to Employment and Immigration to section 38 for these young people to conduct a youth outreach program in the region for the rest of this year. We are currently waiting to see whether these funds will be given to us.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Have you had a response yet?

**Ms MacFadden:** We have had a response to that. This needs to be approved by the local Council on Addictions Program of Ottawa—Carleton. I spoke to CAP. They assure me that they are not a legal entity and they do not really know why they are being asked, but they are proceeding with the endorsement. I asked them to proceed with all due speed because we have young people who are here who are on unemployment, getting \$105 a week, and volunteering with YADCA.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Perhaps we can talk further about that.

**Ms MacFadden:** Thank you.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** If you want to call me tomorrow, I would be pleased to talk to you.

**Ms MacFadden:** Certainly.

[Traduction]

Miles, voulez-vous nous donner vos commentaires sur cette question? Tony a peut-être tout dit.

**Le président:** Veronica?

**Mme Veronica Bell (bénévole, Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes):** Si j'étais députée, j'essaierais de mettre en place des mesures de prévention dans les écoles, une sorte de programme d'information éducationnelle dans le cadre des cours sur la santé. Je pense qu'il existe même dans les écoles des groupes pour aider les toxicomanes, mais je mettrais sur pied une sorte de groupe pour prévenir la toxicomanie et informer les étudiants, pas nécessairement dans des cours, mais dans une atmosphère amicale, confortable, afin de parler de la situation à la maison, avant qu'il n'arrive quelque chose.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Bien. Merci.

Miles, avez-vous quelque chose à ajouter?

**M. Romain:** Lorsque j'étais à l'école secondaire et que j'écoutais les conférenciers parler d'un problème qui me touchait, j'avais l'impression de ne pas être seul. Mon gros problème, c'était que je croyais être seul. Par conséquent, au début, cela ne m'a pas aidé à arrêter; cela a vite changé.

Je ferais donc ce que Tony disait. J'inviterais plus souvent des jeunes à venir parler aux adolescents, car c'est à des jeunes que je pouvais m'identifier, et cela me faisait du bien. À l'époque, je me disais: je veux être comme lui, je peux m'identifier à lui. C'est donc ce que je ferais pour commencer.

**Mme MacFadden:** J'aimerais ajouter quelque chose avant que vous ne partiez, monsieur Turner, car vous serez peut-être capable de nous aider. En ce qui concerne les programmes d'extension pour les jeunes, nous avons présenté une demande à Emploi et Immigration en vertu de l'article 38 afin que ces jeunes réalisent un projet dans la région pour le reste de l'année en vertu du programme d'extension pour les jeunes. Nous attendons actuellement de voir si ces fonds nous seront accordés.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Avez-vous déjà eu une réponse?

**Mme MacFadden:** Nous avons eu une réponse. Le projet doit être approuvé par le *Council on Addictions Programs* de la région d'Ottawa—Carleton. J'ai communiqué avec eux, et ils m'ont assuré qu'ils n'étaient pas une personne morale et qu'ils ne savaient pas pourquoi on le leur demandait, mais qu'ils allaient approuver le projet. Je leur ai demandé de le faire rapidement, car nous avons des jeunes ici qui sont au chômage, qui gagnent 105\$ par semaine, et qui font du bénévolat pour l'ACDAJ.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Peut-être pouvons-nous en parler davantage.

**Mme MacFadden:** Merci.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Si vous voulez me téléphoner demain, je serai heureux de vous parler.

**Mme MacFadden:** Certainement.



[Text]

[Translation]

• 2040

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Turner.

Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Merci, monsieur le président.

Je dois dire que j'ai été très impressionné par la qualité du rapport que vous avez présenté. Voici une question que je voudrais vous poser immédiatement. Je vois que vous avez trois jeunes qui ont eu des problèmes avec la drogue. Est-ce que la plupart des personnes qui vont vous rencontrer sont des personnes qui sont des adolescents, des jeunes adultes ou les deux? Est-ce que vous pouvez préciser ce point, au sujet de votre clientèle?

**Ms MacFadden:** It varies greatly. We are offering the drop-in service for anybody who wants to come. We have done as much publicity as we can afford, but as yet we do not have two vital things. We do not have a hot-line yet, and we do not have our phone number on the buses. So we rely for our publicity on letters we have sent out to our mailing list. . . and whenever we can get the press to help us and get the word out that we are here. And I must compliment the press. They have been very supportive of YADCA since we began last June.

We have a variety of people who come to us for help: young people, parents, and, as I mentioned in the report, some professionals. We are not doing treatment, I hasten to add. We are not qualified to do treatment. But we are, because of our experiences, qualified to know what is the right treatment, I have found, for absolutely anyone who calls us; the right path.

**Mr. Sullivan:** There is a three-month waiting list.

**Ms MacFadden:** And the waiting list, yes, of course.

**Mr. Grondin:** Sometimes in my riding I have youths who have problems with drugs, and sometimes I find it is because they have problems with their families; with their parents. There are three of you who are here tonight. Can you tell me if that problem is the same in Ontario as it is in my riding; if there are a lot of problems with communication with the parents or something like this?

**Mr. Sullivan:** The disease knows no barriers of race, age, colour, creed, religion. It hits anybody and everybody. There is really nothing to protect you from it unless you start to seek some kind of recovery. Knowledge alone will not keep anybody sober once they have started to drink. Again, the aspect of having speakers and somebody to relate to might help; but fact and that kind of stuff would not help.

And yes, it is world-wide. I know by studying AA that there are over 1 million sober alcoholics around the

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Turner.

Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** Thank you, Mr. Chairman.

I must say that I was very impressed with the quality of your presentation. Here is a question that I would like to ask you immediately. I see that you have here three young people who have had drug problems. Who is the majority of the people who go to you for help, are they teenagers, young adults or both? Could you specify who your clientele is?

**Mme MacFadden:** Elle varie énormément. Nous offrons un service externe pour ceux qui veulent arrêter nous voir. Nous avons fait autant de publicité que notre budget nous le permettait, mais il y a deux choses essentielles que nous n'avons pas encore faites. Nous n'avons pas encore de ligne téléphonique en direct, et notre numéro de téléphone n'est pas affiché dans les autobus. Par conséquent, notre publicité se limite aux lettres que nous envoyons d'après notre liste de distribution. . . et à l'aide que la presse veut bien nous accorder pour faire savoir que nous existons. Je dois d'ailleurs féliciter la presse, car elle a beaucoup aidé l'ACDAJ depuis sa mise sur pied en juin dernier.

Il y a donc toute une gamme de gens qui s'adressent à nous pour obtenir de l'aide: des jeunes, des parents et, comme je l'ai dit dans mon rapport, des professionnels. Je m'empresse d'ajouter que nous ne donnons aucun traitement. Nous ne sommes pas qualifiés pour le faire. Mais étant donné nos expériences, nous sommes en mesure de déterminer quel traitement convient à ceux qui nous appellent.

**M. Sullivan:** Nous avons une liste d'attente de trois mois.

**Mme MacFadden:** La liste d'attente, oui, bien sûr.

**M. Grondin:** Dans mon comté, il y a des jeunes qui ont des problèmes de drogue, et ce, parce qu'ils ont parfois des problèmes avec leur famille, avec leurs parents. Vous êtes trois, ici, aujourd'hui. Pouvez-vous me dire si ce problème que j'ai dans mon comté est le même qu'en Ontario; s'il y a beaucoup de problèmes de communication avec les parents, ou d'autres problèmes du genre?

**M. Sullivan:** Ce problème touche les personnes de toutes les races, de tout âge, de toute religion. Il frappe n'importe qui. Rien ne peut vous protéger contre cette maladie, à moins que vous cherchiez à obtenir de l'aide. Il faut plus que des connaissances pour empêcher une personne de boire lorsqu'elle a commencé à le faire. Encore une fois, le fait d'avoir des conférenciers et quelqu'un à qui l'on peut s'identifier peut être utile; mais les belles théories, et ce genre de choses, n'aident pas.

Ah oui, c'est un problème mondial. Je sais, par les AA, qu'il y a plus d'un million d'alcooliques qui s'abstiennent

[Texte]

world. An alcoholic can go anywhere in the world and have a friend. That is a good support group.

**Mr. Grondin:** But do you have any problem discussing your problem with your parents?

**Mr. Sullivan:** I left them in the dark on purpose.

**Mr. Grondin:** Do you have the same problem?

**Ms Bell:** Yes, my parents never taught me how to communicate with them, and they did not know how to communicate with me, so we were never able to talk to each other. But I believe if parents are taught to teach their children to communicate and not be afraid to communicate, there might be less addiction.

**M. Grondin:** Dans l'ensemble, vous avez à peu près les mêmes problèmes. Vous dites que vous êtes capables de diriger les jeunes vers ce dont ils ont le plus besoin, vers les ressources qui les aideront à régler leurs problèmes. Est-ce que vous avez des ressources humaines nécessaires pour satisfaire ces besoins-là? Vous avez dit plus tôt que vous manquiez de fonds; vous avez des besoins financiers qui sont très criants, selon vous. Est-ce que vous avez été obligés de laisser, par exemple, un jeune de côté parce que vous n'aviez pas les ressources humaines ou les ressources financières nécessaires pour répondre à ses besoins?

• 2045

**Ms MacFadden:** We would never do that.

The point I want you to understand is, because of the denial barriers and the lack of awareness and the lack of funds to get across, get past, those denial barriers, as yet not enough people are coming forward. This is the problem we have to address. This is a vicious circle, a Catch-22. We can at the moment deal with the demand, but the demand is not manifesting itself in the way it should be.

Let me just mention something else. We have in town a branch of the Addiction Research Foundation. They offer an assessment and referral service. I checked with them last week when I was over there. We worked with them on an Addictions Awareness Week Committee. The meetings are held there, and we do the press and media relations for that committee. I asked them how many youth they had assessed in the past few years. The answer was 30 in 1985, and 30 in 1986. Again, lack of publicity. No one knows they offer that service unless they pick up the phone. There is nothing on our buses. It is an awareness problem.

**Reverend Tom Wilson (Co-Administrator, Youth Alcohol and Drug Community Action):** Last year we had a number of public meetings at Ottawa City Hall, and to at least two of them we invited parents as well as any other

[Traduction]

de boire dans le monde. Un alcoolique peut aller n'importe où au monde et trouver un ami. C'est un bon groupe de soutien.

**M. Grondin:** Mais avez-vous de la difficulté à discuter de votre problème avec vos parents?

**M. Sullivan:** Je les ai laissés délibérément dans l'ignorance.

**M. Grondin:** Avez-vous le même problème?

**Mme Bell:** Oui, mes parents ne m'ont jamais appris à communiquer avec eux et ils ne savaient pas comment communiquer avec moi; par conséquent, nous n'avons jamais été capables de nous parler. Mais je crois que si les parents apprennent à leurs enfants à communiquer et à ne pas avoir peur de communiquer, il y aurait peut-être moins de toxicomanie et d'alcoolisme.

**Mr. Grondin:** As a whole, you practically have the same problems. You are saying that you are able to direct the young people towards what they need most, towards resource persons who will help them find a solution to their problems. Do you have the necessary human resources to do it? You said earlier that you do not have enough funding, that you have a very urgent need for financial help. Have you ever had to leave a young person aside, for example, because you did not have the human or financial resources necessary to meet his needs?

**Mme MacFadden:** Nous serions tout à fait incapables de faire cela.

Toute une série de facteurs empêchent les personnes qui souffrent de ce problème d'aller chercher de l'aide. Ces facteurs sont surtout les négations de la réalité et l'inconscience. Il ne faut pas oublier non plus le manque de fonds qui nous empêche de rejoindre les victimes de ce problème. Nous sommes vraiment pris dans un cercle vicieux. Nous sommes tout à fait en mesure à l'heure actuelle de répondre à la demande. Mais nous n'atteignons que la pointe de l'iceberg.

Mais ce n'est pas tout. La municipalité compte une section de la *Addiction Research Foundation*, qui fournit des services d'évaluation et d'orientation. Je suis allée les voir la semaine dernière. Nous avons collaboré avec eux au Comité sur la semaine de la conscientisation aux problèmes de dépendance. Les réunions ont lieu dans leurs locaux, et nous nous occupons des relations avec les médias et la presse. Je leur ai demandé combien de jeunes ils avaient évalués au cours des quelques dernières années. Ils m'ont répondu qu'ils en avaient vu 30 en 1985 et le même nombre en 1986. Impossible de connaître l'existence de ce service sans téléphoner. Cet organisme ne fait pas de publicité dans les autobus. Nous avons donc un problème de conscientisation.

**Le révérend Tom Wilson (administrateur adjoint, Action communautaire contre la drogue et l'alcool chez les jeunes):** Nous avons eu l'année dernière quelques rencontres publiques à l'hôtel de ville d'Ottawa. Les



[Text]

interested people. A number of parents came. Most of these parents felt embarrassed. Part of that embarrassment was due to denial.

Individually afterwards they told us of the pressure they had in themselves and how heavy they felt in just being there. On the other hand, they did want to talk about it, but one to one. And here is where time really gets eaten up, one to one, but is of the most important calibre, because it is not everyone, obviously, who wants to share in a group.

This was one factor as far as the parents, the denial, as well as wanting to acknowledge the need and not knowing how to do it. We have tried to meet some of that, but that has been minimal so far.

**M. Grondin:** Merci.

Dans les recommandations que vous faites, on voit que vous parlez beaucoup du gouvernement fédéral. Votre organisation reçoit-elle une contribution du gouvernement fédéral, actuellement?

**Ms MacFadden:** We have never received contributions from anybody, except a few people who have sent us \$20 here and there.

**M. Grondin:** À part la rencontre que vous avez ce soir, aviez-vous déjà fait des représentations à certains autres endroits?

**Ms MacFadden:** For money?

**Mr. Grondin:** Yes.

**Ms MacFadden:** Yes, we made application to the City of Ottawa for seed funding. We should hear about it in the next couple of weeks. They have been very supportive. We are hoping they will give us some money.

We have spoken to the United Way. We are developing a relationship with them, but with the United Way they want to be sure you are alive and kicking first.

I went to Queen's Park three times on behalf of Alwood House, and we did get that funding. We also ran quite a successful media campaign on behalf of Alwood House. That funding came through.

And, as I said, I spoke to Linda Tennant last week. We are ahead of them, I am afraid. The Ministry of Health is just beginning to consider the need to fund the awareness groups. Somewhere in the Ministry of Community and Social Services there may be something, but they have not told me their secret yet. I was talking to Pat today, in

[Translation]

parents et autres personnes intéressées ont été invités à au moins deux de ces rencontres. Nous nous sommes vite rendu compte que la plupart des quelques parents qui se sont rendus à cette invitation étaient très gênés et que cette gêne était surtout attribuable à une négation du problème.

Nous avons pu ensuite rencontrer quelques-unes de ces personnes sur une base individuelle. Elles nous ont dit qu'elles ressentaient certains blocages face à ces rencontres de groupe. Ces personnes trouvaient qu'il était beaucoup plus facile d'aborder le problème sur une base individuelle. Nous sommes parfaitement conscients de la difficulté qu'une situation de groupe peut présenter pour certaines personnes. Mais les rencontres individuelles prennent tellement de temps.

La négation est donc un problème important pour les parents. Mais ce n'est pas le seul. Il existe un gros besoin en matière d'information, mais les parents ne semblent pas savoir où s'adresser pour se renseigner. Nous avons essayé de combler cette lacune, mais les résultats ne sont pas très probants jusqu'à maintenant.

**Mr. Grondin:** Thank you.

There are several mentions of the federal government in your recommendations. Do you get any funding from the federal government at this point in time?

**Mme MacFadden:** Nous n'obtenons aucune subvention de qui que ce soit, mis à part quelques billets de 20\$ que les gens nous envoient.

**Mr. Grondin:** Not counting tonight's appearance, have you made any other representations?

**Mme MacFadden:** Vous voulez dire pour demander des fonds?

**M. Grondin:** Oui.

**Mme MacFadden:** Oui. Nous avons soumis une demande de fonds à la municipalité d'Ottawa. Nous devrions obtenir une réponse d'ici quelques semaines. Les autorités municipales nous donnent leur appui depuis le début. J'espère donc qu'ils vont nous consentir quelques subventions.

Vous avez fait allusion à Centraide. Nous sommes en rapport avec cette organisation. Mais vous savez, Centraide tient d'abord à s'assurer de votre viabilité.

Je me suis adressée trois fois aux autorités provinciales de l'Ontario pour obtenir des fonds pour *Alwood House*. Il convient également de signaler que *Alwood House* a fait l'objet d'une excellente campagne de presse. Nous n'avons donc eu aucune difficulté à obtenir des subventions.

J'ai déjà dit que j'avais parlé à Linda Tennant la semaine dernière. Je crains que nous n'ayons une longueur d'avance sur eux. En effet, le ministère de la Santé ne fait que commencer à envisager de subventionner les groupes de conscientisation. Il existe peut-être déjà un programme pour ce faire au sein du ministère des Services



[Texte]

Toronto, and they told me they had received some money from somebody like that.

But most of all, because I felt from the very beginning that this should be federal, I have been talking to Health and Welfare, for four years.

**Le président:** Merci, monsieur Grondin. Monsieur Lesick.

**Mr. Lesick:** Thank you very much, Mr. Chairman. It is a very enlightening group that is appearing before us at this time. And I like your mix, with some a little younger.

May I ask the young people who are with us, Mr. Chairman, at what age they started their drug dependency, whether it was alcohol or whatever.

**Mr. Romain:** I started mine at 12.

**Mr. Sullivan:** Somewhere between 11 and 13.

**Ms Bell:** At 11.

**Mr. Lesick:** I would like to give a little scenario. I am talking about a school that has discipline of love—by love I mean where an 11-year-old or an 8-year-old can walk up to his principal and hug him—where you are taught the strictness of behaviour, where you have the involvement of your mother and your father, or, if you are a single parent, either one, within the school. Sometimes parents might come to the school in the evening. You all eat a meal together in the school; you stand up to sing *God Save the Queen* or *O Canada* together. If you are a Christian, you all pray together. This is not a denominational school. This is an interdenominational school.

• 2050

There is strictness—you do not dirty up the place, the rooms—but it is the strictness of love, where you are not afraid to hold the hands of any of the teachers. This is throughout the whole school and it involves the parents, I want to emphasize that, it involves the grandparents, if they want to come in. It involves at times older people within the community who come there once a week to have a free meal, and you can interact with them.

Would that have helped you at your ages, when you started your dependence on liquor, or whatever it is that you were taking?

**Mr. Sullivan:** I wish I were Italian. I have a lot to learn from them with regard to the hugging aspect. I have been sober more than three years due to somebody who put his arms around me and said, I love you. That was something that I did not feel inside myself, and today, after three years of sobriety, I can do that. I can hug my friends, and I can hug my parents, and I can hug my brothers. I am not so sure I would hug a lot of other people on a free basis. If we could learn something in a school that offered more

[Traduction]

communautaires et sociaux, mais c'est un secret bien gardé. J'ai parlé à Pat, à Toronto, aujourd'hui, et j'ai su qu'ils avaient reçu des fonds de cette même source.

Mais comme j'estime depuis le début qu'il devrait s'agir d'un effort fédéral, je me contente depuis quatre ans de soumettre ma demande au ministère de la Santé et du Bien-être social.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Grondin. Mr. Lesick.

**M. Lesick:** Merci beaucoup, monsieur le président. Ces témoignages nous seront très utiles. Ce groupe de témoins me fascinent. Je trouve très intéressant le fait que vous ayez amené d'aussi jeunes personnes.

Puis-je demander à ces jeunes, monsieur le président, à quel âge ils sont devenus toxicomanes ou alcooliques?

**M. Romain:** J'ai commencé à 12 ans.

**M. Sullivan:** Et moi, entre 11 et 13 ans.

**Mme Bell:** Moi, j'ai commencé à 11 ans.

**M. Lesick:** J'aimerais vous soumettre un petit scénario. Je vous parle en fait d'une école qui pratique la discipline de l'amour. Laissez-moi vous expliquer ce que j'entends par là. Il s'agit d'une école où un enfant de 8 ans, ou de 11 ans, peut très bien aller donner une caresse à son directeur. Aussi, ils apprennent en même temps à se discipliner au niveau de leur comportement. Les parents, le père ou la mère, selon le cas, participent aux activités de l'école. Il y a même des tantes qui vont à l'école le soir. Tous mangent ensemble à l'école et chantent ensemble l'hymne national britannique ou canadien. Les chrétiens prient ensemble. Il s'agit d'une école non confessionnelle, ou interconfessionnelle, si vous préférez.

Mais nous sommes en même temps assez stricts. Mais on est strict par amour; les enfants ne craignent pas de tenir la main d'un enseignant. C'est le cas dans toute l'école. Les parents, et même les grands-parents qui le souhaitent, peuvent s'y rendre quand ils le veulent. Il y a même des personnes âgées de la collectivité qui se rendent à l'école pour y manger un repas gratuit. Les enfants ont ainsi l'occasion de les rencontrer.

Pensez-vous que ce genre de système aurait pu vous aider au moment où vous êtes devenu toxicomane ou alcoolique?

**M. Sullivan:** J'aimerais bien être italien. Nous avons beaucoup à apprendre d'eux au niveau du contact physique. Je suis sobre depuis trois ans parce que quelqu'un m'a serré dans ses bras et m'a dit qu'il m'aimait. Ce n'était pas facile pour moi à ce moment-là. Mais je peux le faire maintenant. Je suis maintenant capable d'embrasser mes amis, mes parents et mes frères. Je ne sais pas si je me sentirais aussi à l'aise avec des étrangers. Il serait bon que nos écoles développent toute la

## [Text]

than just education as a priority, a school that tackled the whole person as a whole, yes, I believe it would be a very positive thing.

**Mr. Lesick:** What would your opinion be of a school something like I mentioned to you?

**Ms Bell:** I think it would have helped me, because I find kids today are very mean and cruel to one another. If there had been that kind of scenario—when I went to school I was singled out as different, not like everybody else. I was only able to withstand the peer pressure that was put on me for a certain amount of time. Finally, I gave in to everybody else. But I believe also that there is not enough time spent with the students, a one-on-one basis with the teachers—well, the system was large.

**Mr. Lesick:** Can you tell me what your thoughts are on this scenario?

**Mr. Romain:** Unfortunately, I can appreciate that now, but then I was just too rebellious. I was born rebellious. If you had put me in a situation like that, I would have gone nuts.

**Mr. Lesick:** Mr. Chairman, I appreciate the frankness with which we are being addressed. The school that I am talking to you about actually exists. There are several schools like this. The one that I was thinking of, in particular, is one that I go to about once a month as a Member of Parliament, and as a friend, and these children hug me. This is an actual school in Edmonton. This is an intercity school. This is a school in which half of the children are from single-parent families. They are from all ethnic origins; maybe half of them are Oriental, maybe 20 are native Indians, and some Italian, and some Ukranian—a mixture of all.

But there is so much love in this school that the troubles that used to exist in the community are almost non-existent now. The policemen come in and all the children will hug the policemen. Incidentally, this is from grades 1 to 7, and this is why I found your remarks so interesting, because this is a preventative school and it is an inner-city school that was a rough school, all types of crimes going on in the very centre of Edmonton. And it has worked well.

• 2055

I am mentioning these things to you because this is a school which is preventing the problems that you have encountered. Not in every case, I presume, but I just wanted to get your opinion. And to you, Madam, I would suggest that if we could develop inner-city schools, and this is an Alex Taylor school and the man who is the principal has received the Order of Canada for his type of education. He is highly recognized for this. He is Christian, of maybe Indian origin, but I really do not know. I guess it does not make any difference.

**Ms MacFadden:** I would not mind commenting on that but it is a vast area. I think you are pinpointing something

## [Translation]

personnalité de l'enfant et ne se limitent pas à leur scolarisation.

**M. Lesick:** Que pensez-vous d'une école comme celle que je viens de décrire?

**Mme Bell:** Je pense que ça m'aurait aidée. Je trouve que les jeunes font preuve d'énormément de cruauté aujourd'hui. Si les choses s'étaient passées ainsi quand j'étais à l'école! Au début, j'étais différente, pas comme tout le monde. J'ai quand même réussi à résister aux pressions pendant un certain temps. Mais au bout du compte, je crois que je suis devenue comme tout le monde. Je trouve que les écoliers ne passent pas suffisamment de temps seuls avec leurs enseignants. C'est le problème des grosses écoles.

**M. Lesick:** Et que pensez-vous de ce scénario?

**M. Romain:** Malheureusement, et je viens tout juste de le comprendre, j'étais trop révolté. Je suis né révolté. Je serais devenu complètement dingue si l'on m'avait mis dans un milieu comme celui-là.

**M. Lesick:** Monsieur le président, je suis très heureux de constater combien franc est cet échange. L'école que je viens de vous décrire existe vraiment. Il y en a même plusieurs. Celle que je vous ai décrite est une école située en plein centre d'Edmonton. Je m'y rends environ une fois par mois en tant que député, et les enfants me connaissent, m'embrassent et me considèrent comme leur ami. Près de la moitié d'entre eux viennent de familles monoparentales. Ce groupe est extrêmement varié sur le plan ethnique. En effet, environ la moitié sont d'origine orientale, il y a peut-être une vingtaine d'autochtones, quelques Italiens et aussi quelques Ukrainiens. C'est tout un mélange.

Mais il y a tellement d'amour dans cette école que les problèmes traditionnels ont presque entièrement disparu de la collectivité. Les policiers arrivent et les enfants les embrassent. D'ailleurs, cela se passe de la 1<sup>re</sup> à la 7<sup>e</sup> année, et c'est la raison pour laquelle j'ai trouvé vos observations si intéressantes, car cette école est une école préventive, une école urbaine connue pour sa violence, des tas de délits ayant lieu au coeur même d'Edmonton. Et cela a donné de bons résultats.

Je vous parle de tout cela parce que c'est une école qui prévient les problèmes dont vous parlez. Pas dans tous les cas, je suppose, mais je voulais simplement savoir ce que vous en pensiez. Et je vous dirais, madame, que si nous pouvions créer des écoles urbaines de ce type... c'est une école Alex Taylor, et son directeur a reçu l'Ordre du Canada pour l'enseignement qu'il y dispense. Il est très connu pour cela. Il est chrétien, de descendance indienne peut-être, mais je ne sais pas vraiment. Je suppose que cela importe peu.

**Mme MacFadden:** Je ne vois pas d'inconvénient à vous dire ce que j'en pense, mais ce sujet est très vaste. Ce que



[Texte]

that is way beyond the scope of this committee, but you referred to it in the earlier presentation. What is it in society that is permitting this to happen? And we are looking at the last 20 years.

I taught for 10 years in the 1960s and 1970s and that was a time when we were very influenced by Jérôme Bruneau's thinking, let us wait for the students to develop their own motivation. That whole thinking pervaded the family and I think that we may be looking at a generation who have grown up with parents who were not into active, effective parenting in the way previous generations had been. And we are looking at that spreading through the school system, the Hall-Dennis report and various other things that led to a different type of school system. Now we are swinging back and we are looking at the RCMP going in with their VIP program, values, influences and peers, and doing a wonderfully effective job. I think they saw 350,000 students in Ontario last year, if I remember rightly.

So we are now asking perhaps the clergy, perhaps the RCMP, perhaps the police, to come in and take over that role that used to be done by home, school and religion. It is beyond the scope of what I have yet had the opportunity to think about. But I think that some philosophical discussions would probably be well in order. You know, it is on a high think-tank level. I do not know if YADCA can entirely change society.

**Mr. Lesick:** YADCA is relatively new, is it not? It is young. It was just organized, as I understand it, last summer.

**Ms MacFadden:** We launched it in June of 1986 but the people who launched it had been working together for three or four years before that in various other initiatives. We eventually decided that community action should be the way forward. As a matter of fact, I came to this conclusion after going to the Pride conference in Saskatoon last May. I was very influenced by James Crowley who has done community action in the United States for 12 years. And it seemed to be the appropriate model.

However, one thing I would like to mention for the record, too, that conference brought together 1,000 people in Saskatoon last May, 500 adults and 500 youth, in fact two conferences going on at the same time, a magnificent conference but really a sprinkling of people from eastern Canada. As you know, Pride is assisted greatly by a lot of experts from Pride Atlanta and from the United States. They are way ahead of us although we do have some very good people in Canada too.

I think what Pride Toronto and YADCA have started to talk about, and it is sort of reflected in one of our recommendations, is having a national conference like that held in Ottawa, certainly in eastern Canada, because there are so many people who are not getting the opportunity to go out to Saskatoon. We really ought to do it very soon.

[Traduction]

vous dites déborde sans doute le cadre de ce Comité, mais vous en avez déjà parlé lors de l'exposé fait antérieurement. Quel facteur social permet cela? Et nous nous sommes penchés sur les 20 dernières années.

J'ai enseigné pendant dix ans lors des années 60 et 70, à l'époque où nous étions très influencés par la pensée de Jérôme Bruneau, qui estimait qu'il fallait attendre que les élèves se motivent eux-mêmes. Cette pensée s'est infiltrée dans la famille elle-même, et je crois que cette génération a été élevée par des parents qui n'étaient pas aussi actifs et présents que les parents des générations précédentes. Et le système scolaire y est devenu perméable également; il suffit de se reporter au rapport Hall-Dennis et à d'autres facteurs qui ont modifié ce système. Nous assistons maintenant à un retour du pendule, la GRC parlant maintenant de modèles, de valeurs, d'influences, de camaraderie, le tout de façon très efficace. Je crois que la GRC a rencontré 350,000 élèves en Ontario l'année dernière, si je ne m'abuse.

Ainsi, nous demandons maintenant au clergé, à la GRC, ou même à la police, d'assumer le rôle qu'assumaient autrefois les parents, l'école et l'Église. Cela dépasse un peu le sujet de mes réflexions. Mais un débat philosophique sur la question serait vraisemblablement de mise. Vous savez, c'est un véritable groupe de réflexion. Je ne crois pas que le groupe ACDAJ puisse changer la société du tout au tout.

**M. Lesick:** L'ACDAJ est un groupe relativement nouveau, n'est-ce pas? Il n'a été créé que récemment. L'été dernier, je crois.

**Mme MacFadden:** Ce groupe a été créé officiellement en juin 1986, mais ceux qui l'ont créé travaillaient à d'autres projets depuis trois ou quatre ans. Nous avons finalement décidé de retenir l'action communautaire. D'ailleurs, j'en suis arrivée à cette conclusion après avoir assisté à la conférence Pride qui a eu lieu à Saskatoon en mai dernier. J'ai été très influencée par James Crowley, qui a réalisé des tas de travaux communautaires aux États-Unis depuis 12 ans. Et il m'a semblé que ce modèle était le meilleur.

Permettez-moi d'ajouter cependant que cette conférence a rassemblé 1,000 personnes à Saskatoon en mai dernier, 500 adultes et 500 jeunes; deux conférences avaient lieu en même temps, en fait; cette conférence était extraordinaire, mais seule une poignée de gens de l'Est du Canada y a assisté. Comme vous le savez, de nombreux experts de Pride Atlanta et des États-Unis ont prêté leur concours au groupe Pride. Ils ont des longueurs et des longueurs d'avance sur nous, même si nous comptons de nombreux experts au Canada également.

Le groupe Pride Toronto et l'ACDAJ discutent actuellement—et nous en reparlons dans une de nos recommandations—de la tenue d'une conférence nationale de ce genre à Ottawa, du moins dans l'Est du Canada, car il y en a beaucoup qui ne peuvent aller à Saskatoon. Nous devrions en tenir une du même genre très bientôt.



[Text]

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Lesick.

If I could be allowed one question, perhaps to you, Tony, or your two colleagues. To what extent have you been able to talk to your peers in the high schools or to the kids in high schools? They are perhaps a little younger than you are but to what extent have you been able to do that? Are you invited to go out to speak to them?

• 2100

**Mr. Sullivan:** We have just started an outreach phase with St. Pius. I am a graduate of St. Pius, St. Paul's, and St. Thomas Elementary—a part of the school system that does not have any addiction problems. I have spoken, I guess, about ten times in the last two years, and somehow, I believe, every person in that room learned one thing about me, whether they liked it or not. They probably saw a little of me in them, and the seed was planted, and maybe if they have a problem they will reach out. That is the basis of outreach, I believe.

**The Chairman:** The Ottawa—Carleton Board of Education is not using people such as yourself in your jurisdiction.

**Ms MacFadden:** A lot of people respond to requests to go out from various treatment centres, but because they are so busy with treatment, none of them have time simply to offer it as a service, which is what we plan to do. We are being supported by the Rideauwood Institute, who would like to work with us on this as well. They often have to refuse requests to go out and speak because they are too busy doing treatment.

We would like to do a parent outreach project as well. We would like to get parent volunteers. We will train all these people before they go out. Then, in the case of the students, we will let all schools, summer camps, youth groups, churches, know of the services available. In the case of parents, we will let parent-teacher associations know, churches, and other places where parents meet. We realize, as Tom mentioned, from our two public meetings, that very few parents will come to us. We have to find ways to go to them where they are. This, as Tony mentioned, is very effective.

**The Chairman:** On behalf of the committee, thank you, Ms MacFadden, Rev. Wilson, Tony, Veronica, and Myles, for being with us tonight. Your testimony has been very enlightening for us, and very refreshing, in many ways. You certainly gave us an excellent brief. It has some most useful points in it. We are grateful for your presence here and for the questions you responded to so capably. Thank you very much for being with us.

This hearing stands adjourned to the call of the Chair.

[Translation]

**Le président:** Merci infiniment, monsieur Lesick.

Permettez-moi de vous poser une question, à vous, Tony, ou à vos deux autres camarades. Dans quelle mesure avez-vous pu discuter avec vos camarades des écoles secondaires? Ils sont peut-être un peu plus jeunes que vous ne l'êtes, mais avez-vous pu le faire? Vous ont-ils invités?

**M. Sullivan:** Nous venons de lancer un programme d'extension à l'école St. Pius. J'ai fréquenté l'école St. Pius, l'école St. Paul's et l'école primaire St. Thomas, écoles où la toxicomanie est absente. J'ai donné au moins 10 conférences au cours des deux dernières années, et je crois que, d'une façon ou d'une autre, tous ceux à qui j'ai parlé ont appris quelque chose à mon sujet, que cela leur plaisait ou non. Ils se sont vraisemblablement vus un peu en moi, j'ai déposé un germe dans leur esprit, et s'ils éprouvent des problèmes, ils chercheront peut-être du secours. Voilà la base de notre programme.

**Le président:** Dans votre coin, le Conseil d'éducation d'Ottawa—Carleton n'a pas recours à des gens comme vous.

**Mme MacFadden:** Beaucoup voudraient bien faire de la promotion, mais ils ont un traitement à suivre qui les occupe beaucoup, et aucun d'entre eux n'a vraiment le temps d'en faire un service, ce que nous avons l'intention de faire. L'Institut Rideauwood nous offre son concours, car il aimerait bien travailler avec nous dans ce domaine. Ils doivent souvent refuser des demandes de conférences, car le traitement qu'ils subissent accapare tout leur temps.

Nous aimerions lancer également un projet d'extension destiné aux parents. Nous aimerions obtenir des parents bénévoles. Nous les formerions, évidemment. Pour ce qui est des étudiants, nous ferons savoir à toutes les écoles, camps d'été, groupes de jeunes, Églises, quels services nous offrons. Pour ce qui est des parents, nous le ferons savoir aux associations de parents et d'enseignants, aux Églises et aux autres lieux de rencontre de parents. D'après les deux réunions publiques que nous avons tenues jusqu'à présent, nous savons, comme l'a dit Tom, que très peu de parents viendront nous voir. Nous devons trouver les moyens de les aider là où ils se trouvent. Cela donne toujours de bons résultats, comme l'a fait valoir Tony.

**Le président:** Au nom des membres de ce Comité, je voudrais vous remercier d'être venus ce soir, madame MacFadden, Révérend Wilson, Tony, Veronica et Myles. Votre témoignage nous a ouvert les yeux et était très intéressant. Votre mémoire était excellent, de plus. Il comporte quelques points très utiles. Nous vous sommes reconnaissants d'être venus et d'avoir si bien répondu à nos questions. Je vous remercie.

La séance est levée.





















*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

*From Pavillon Jellinek:*

Guy Charpentier, Director;

Denise Couture, Head of the Youth Program.

*From Youth Alcohol and Drug Community Action:*

Josephine V. MacFadden, Interim Co-ordinator;

Anthony J. Sullivan, Youth Advisor and  
Representative;

Miles Romain, Youth Representative;

Veronica Bell, Youth Representative;

Rev. Tom Wilson, Addictions Counsellor.

#### TÉMOINS

*De Pavillon Jellinek:*

Guy Charpentier, directeur général;

Denise Couture, chef du programme Enfance-jeunesse.

*De l'Action communautaire contre la drogue et l'alcool  
chez les jeunes:*

Josephine V. MacFadden, coordonnatrice intérimaire;

Anthony J. Sullivan, conseiller et représentant des  
jeunes;

Miles Romain, représentant des jeunes;

Veronica Bell, représentante des jeunes;

Rév. Tom Wilson, conseiller en matière de  
toxicomanie.





HOUSE OF COMMONS

Issue No. 16

Monday, April 27, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 16

Le lundi 27 avril 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

**National Health and  
Welfare**

**Santé nationale et  
Bien-être social**

**RESPECTING:**

Main Estimates 1987-1988: Votes 1, 5, 10, 25, 30,  
35, 40, 50, 55, 60, 65 and 70 under NATIONAL  
HEALTH AND WELFARE

**CONCERNANT:**

Budget principal 1987-1988: crédits 1, 5, 10, 25, 30,  
35, 40, 50, 55, 60, 65 et 70 sous la rubrique SANTÉ  
NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

**APPEARING:**

The Honourable Jake Epp,  
Minister of National Health  
and Welfare

**COMPARAÎT:**

L'honorable Jake Epp,  
Ministre de la Santé nationale  
et du Bien-être social

**WITNESSES:**

(See back cover)

**TÉMOINS:**

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

ORDER OF REFERENCE

Monday, March 2, 1987

*ORDERED*,—That National Health and Welfare Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 for the fiscal year ending March 31, 1988, be referred to the Standing Committee on National Health and Welfare.

*ATTEST*

MICHAEL B. KIRBY

*For the Clerk of the House of Commons*

ORDRE DE RENVOI

Le lundi 2 mars 1987

*IL EST ORDONNÉ*,—Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70, Santé nationale et Bien-être social, pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1988, soient déferés au Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social.

*ATTESTÉ*

*Pour le Greffier de la Chambre des communes*

MICHAEL B. KIRBY



## MINUTES OF PROCEEDINGS

MONDAY, APRIL 27, 1987

(21)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:06 o'clock p.m., in Room 269 of the West Block, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member present:* John Reimer for Moe Mantha.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton, Research Officer.

On motion of Barry Turner, seconded by Brian White, it was agreed,—That smoking be banned from this and all future meetings of the Standing Committee on National Health and Welfare.

*Appearing:* The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

*Witnesses: From the Department of National Health and Welfare:* The Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. D.E.L. Maasland, Assistant Deputy Minister, Income Security Programs.

*The Committee commenced consideration of the Order of Reference dated Monday, March 2, 1987, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1988, being read as follows:*

**ORDERED**,—That National Health and Welfare Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 for the fiscal year ending March 31, 1988 be referred to the Standing Committee on National Health and Welfare.

By unanimous consent, the Chairman called Votes 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 50, 55, 60, 65 and 70 under National Health and Welfare.

The Minister made an opening statement and, with the witnesses, answered questions.

At 8:45 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

## PROCÈS-VERBAL

LE LUNDI 27 AVRIL 1987

(21)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social s'est réuni ce jour à 19 h 06 en la pièce 269, Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (*président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* John Reimer remplaçant Moe Mantha.

*Aussi présent:* De la Bibliothèque du Parlement: Garth McNaughton, attaché de recherche.

Sur proposition de Barry Turner, appuyée par Brian White, il est convenu,—Qu'il soit interdit de fumer à cette réunion et à toutes les réunions à venir du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social.

*Comparait:* L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

*Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* le Dr A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; D.E.L. Maasland, sous-ministre adjoint, Sécurité du revenu.

*Le Comité procède à l'examen du budget principal des dépenses pour l'année financière se terminant le 31 mars 1988, conformément à son ordre de renvoi en date du lundi 2 mars 1987, dont voici le texte:*

**IL EST ORDONNÉ**,—Que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, et 70, Santé nationale et Bien-être social, pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1988, soient déférés au Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social.

Par consentement unanime, le président met en délibération les crédits 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 50, 55, 60, 65 et 70 sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social.

Le ministre fait une déclaration puis, avec les témoins, répond aux questions.

À 20 h 45, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvel ordre.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell

## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Monday, April 27, 1987

• 1906

**The Chairman:** Order, please.

The Chair sees a quorum.

We are here today dealing with an order of business under the Main Estimates for 1987-88 for the Department of National Health and Welfare, votes 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 50, 55, 60, 65 and 70.

## NATIONAL HEALTH AND WELFARE

Departmental Administration Program

Vote 1—Program expenditures ..... \$55,196,000

Health Services and Promotion Program

Vote 5—Operating expenditures ..... \$21,420,000

Vote 10—Grants and contributions ..... \$32,988,000

Medical Services Program

Vote 25—Operating expenditures ..... \$405,910,000

Vote 30—Capital expenditures ..... \$24,928,000

Health Protection Program

Vote 35—Operating expenditures ..... \$102,374,000

Vote 40—Capital expenditures ..... \$29,330,000

Fitness and Amateur Sport Program

Vote 50—Operating expenditures ..... \$8,341,000

Vote 55—Contributions ..... \$57,641,000

XV Olympic Winter Games Program

Vote 60—Program expenditures ..... \$45,746,000

Medical Research Council

Vote 65—Operating expenditures ..... \$3,485,000

Vote 70—Grants ..... \$167,873,000

**The Chairman:** We welcome you, Mr. Minister, to our committee again, along with your deputy, Dr. Law. We suspect you would like to give us an opening statement, and we would also welcome an introduction of your officials who are here tonight with you.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** I would like to make a brief point of order here, in the spirit of good health and equality and setting a good example, that smoking be banned in this meeting and in all subsequent meetings of this committee.

**The Chairman:** The chairman would not want to offend the Minister, but is there a seconder? Mr. White. As far as I know, that motion would be in order. I think we have control of our meeting in that regard.

Any discussion of that motion?

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le lundi 27 avril 1987

**Le président:** À l'ordre, s'il vous plaît.

Nous avons le quorum.

Notre ordre du jour concerne le Budget des dépenses principal du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'année 1987-1988: crédits 1, 5, 10, 25, 30, 35, 40, 50, 55, 60, 65 et 70.

## SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

Programme de l'administration centrale

Crédit 1—Dépenses du programme ..... \$55,196,000

Programme des services et de la promotion de la santé

Crédit 5—Dépenses de fonctionnement ..... \$21,420,000

Crédit 10—Subventions et contributions .... \$32,988,000

Programme des services médicaux

Crédit 25—Dépenses de fonctionnement .. \$405,910,000

Crédit 30—Dépenses en capital ..... \$24,928,000

Programme de la protection de la santé

Crédit 35—Dépenses de fonctionnement .. \$102,374,000

Crédit 40—Dépenses en capital ..... \$29,330,000

Programme de la condition physique et du sport amateur

Crédit 50—Dépenses de fonctionnement ..... \$8,341,000

Crédit 55—Contributions ..... \$57,641,000

Programme des XVe Jeux olympiques d'hiver

Crédit 60—Dépenses du programme ..... \$45,746,000

Conseil de recherches médicales

Crédit 65—Dépenses de fonctionnement ..... \$3,485,000

Crédit 70—Subventions ..... \$167,873,000

**Le président:** Monsieur le ministre, nous vous souhaitons une nouvelle fois la bienvenue ainsi qu'à votre sous-ministre, M<sup>me</sup> Law. Je suppose que vous voudriez nous faire une déclaration préliminaire et nous vous serions également reconnaissants de nous présenter les fonctionnaires qui vous accompagnent ce soir.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** J'aimerais faire un petit rappel au Règlement. Dans un esprit de bonne santé, d'égalité, et pour donner le bon exemple, je propose qu'il soit interdit de fumer pendant cette réunion et pendant toutes les réunions suivantes de ce Comité.

**Le président:** Sauf tout le respect dû au ministre, quelqu'un veut-il appuyer cette motion? M. White. En ce qui me concerne, cette motion est recevable. Je crois qu'à cet égard nous sommes maîtres de nos propres décisions.

Des questions?

## [Text]

Motion agreed to.

**The Chairman:** Mr. Minister, that must please you.

**Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare):** I am stunned! No, I am pleased, obviously.

**The Chairman:** You may proceed, sir.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, members of the committee, thank you for giving me the opportunity to examine the main estimates for my ministry with you this evening.

Before I commence my opening remarks, I shall, following your invitation, introduce officials of the department who are with me today: the Deputy Minister of National Health and Welfare, Dr. Maureen Law; the ADM Corporate Management, Mr. Ray Laframboise; Dr. Peter Glynn, ADM Health Services and Promotion; Mr. John Soar, ADM Social Services; Dr. Liston, ADM Health Protection; Dr. Maasland, ADM Income Security; Mr. Ian Green, ADM Policy, Communications and Information. I should not say this, but this was his coming-out event. There is Mr. Dave Nicholson, ADM Medical Services, as well as officials relating to the branches and divisions, Mr. Chairman. And if any them are called upon, we will be glad to give the committee members all the information that we are able.

• 1910

Mr. Chairman, members, I am pleased to speak to the committee about the estimates of the Department of National Health and Welfare for the next fiscal year and to discuss the department's planned activities over this period. In the 1987-88 fiscal year these estimates anticipate a budgetary requirement of \$29.205 billion, a net increase of \$1.146 billion over 1986-87 estimates. This consists almost entirely of increases in statutory payments, and they are as follows:

First of all, there is an increase of \$912 million for payments under the Old Age Security Act, including spouses' allowance and the guaranteed income supplement, a result of growth both in the recipient population and the quarterly escalation of benefits.

Secondly, there is an increase of \$133 million in transfer payments to the provinces and territories under the Canada Assistance Plan, to cover the federal share of increased provincial costs for providing social assistance payments and welfare services.

## [Translation]

La motion est adoptée.

**Le président:** Monsieur le ministre, cela doit vous faire plaisir.

**L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social):** Je suis stupéfait. . . Non, en fait, il est évident que cela me fait plaisir.

**Le président:** Vous pouvez commencer, monsieur.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, mesdames et messieurs les membres du Comité, je vous remercie de m'avoir invité à examiner avec vous ce soir le budget principal de mon ministère.

Avant de passer à ma déclaration préliminaire, conformément à votre invitation, permettez-moi de vous présenter les fonctionnaires qui m'accompagnent. Le sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, M<sup>me</sup> Maureen Law; le sous-ministre adjoint responsable de la Gestion ministérielle, M. Ray Laframboise, M. Peter Glynn, sous-ministre adjoint responsable des Services des promotions de la santé; M. John Soar, sous-ministre adjoint responsables des Services sociaux; M. Liston, sous-ministre adjoint responsable de la Protection de la santé; M. Maasland, sous-ministre adjoint responsable de la Sécurité du revenu; M. Ian Green, sous-ministre adjoint responsable de la Politique, des Communications et de l'Information. Je ne devrais pas le dire, mais c'est sa première sortie. M. Dave Nicholson, sous-ministre adjoint responsable des Services médicaux ainsi que d'autres fonctionnaires travaillant dans les diverses directions et divisions du ministère, monsieur le président. En cas de besoin, ils se feront un plaisir de vous communiquer tous les renseignements en leur possession.

Monsieur le président, mesdames et messieurs, je suis heureux d'avoir l'occasion d'entretenir votre Comité sur le budget du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour l'exercice financier à venir et de discuter des activités prévues par le ministère au cours de cette période. Pour l'exercice 1987-1988, nous prévoyons des dépenses de l'ordre de 29,205 milliards de dollars, soit une augmentation nette de 1,146 milliards de dollars par rapport au budget de 1986-1987. Cette augmentation est presque entièrement due à la croissance des paiements législatifs, comme suit:

Premièrement, il y a une augmentation de 912 millions de dollars des paiements effectués en vertu de la Loi sur la sécurité de la vieillesse, y compris l'allocation aux conjoints et le Supplément de revenu garanti, par suite de l'augmentation du nombre de bénéficiaires et de l'indexation trimestrielle des prestations.

Deuxièmement, il y a une augmentation de 133 millions de dollars des paiements de transfert aux provinces et aux territoires en vertu du Régime d'assistance publique du Canada, pour couvrir la part fédérale de l'augmentation des coûts provinciaux au titre de l'assistance sociale et des services de bien-être.



[Texte]

Thirdly, there is an increase of \$38 million in cash transfers to the provinces and territories under the Canada Health Act for insured health services and extended health care services, as well as increase of \$31 million in payments under the Family Allowances Act.

The remainder of \$32 million—that is, the overall increase for my department—includes an increase of \$13.5 million in contributions to provinces for the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons Program; an increase of \$11.1 million for non-insured health services for Indians and Inuit; an increase of \$7.7 million for the implementation of the enhanced federal program on Acquired Immunodeficiency Syndrome, or AIDS; an increase of \$4 million to undertake program initiatives directed at the problems of child sexual abuse; an increase of \$26 million for salary adjustments, additional operating costs, and contribution.

These increases are offset by a decrease of \$6.5 million due to the transfer to the Government of the Northwest Territories of the responsibility for community health services in the Baffin zone of the Northwest Territories, and a decrease of \$23 million associated with the ongoing impact of the expenditure reductions announced in the February 1986 budget, which we will call a 2% global figure.

At this time I would like to highlight some of the program initiatives that will be part of the work of the Department of National Health and Welfare during this year. Health services promotion activities will be directed towards achievement of the following: administration of the Canada Health Act, with federal-provincial consultation; monitoring health plans and direct support and access to this next year of \$12 billion in tax and cash; development of health promotion policy strategies and programs, with particular emphasis in the areas of tobacco, alcohol and drug abuse; and to increase public participation and community services; and the development and implementation of a discussion process promoting active use of the concepts and philosophy of "Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion".

I might say, Mr. Chairman, the statistical back-up was released today, which was a statistical survey of 1,000 people interviewed in every province and the Yukon Territory; the Northwest Territories are now doing a face-to-face kind of interview because of communication problems there. Those also have been released to every one of the provinces, as it reflects their own statistics upon

[Traduction]

Troisièmement, il y a une augmentation de 38 millions de dollars des paiements de transfert aux provinces et aux territoires aux termes de la Loi canadienne sur la santé pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, ainsi qu'une augmentation de 31 millions de dollars des paiements aux termes de la Loi sur les allocations familiales.

Les autres 32 millions de dollars de l'augmentation globale des dépenses du ministère se répartissent comme suit: une augmentation de 13,5 millions de dollars des contributions aux provinces dans le cadre du Programme de réadaptation professionnelle des invalides; une augmentation de 11,1 millions de dollars au titre de services de santé non assurés pour les Indiens et Inuit; une augmentation de 7,7 millions de dollars pour la mise en oeuvre d'un programme fédéral élargi concernant le syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA); une augmentation de 4 millions de dollars pour des activités de programme destinées à combattre les agressions sexuelles perpétrées contre les enfants; une augmentation de 26 millions de dollars pour les rajustements de salaires, et les coûts de fonctionnement et contributions supplémentaires.

Ces augmentations sont compensées par une réduction de 6,5 millions de dollars des dépenses par suite du transfert au gouvernement des Territoires du Nord-Ouest de la responsabilité des services de santé communautaires dans la zone de Baffin, dans les Territoires du Nord-Ouest, et une diminution de 23 millions de dollars résultant de l'effet continu des réductions des dépenses annoncées dans le budget de février 1986—globalement cela fait 2 p. 100.

J'aimerais maintenant attirer votre attention sur certaines des initiatives de programme qui seront entreprises par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social cette année. Des activités du programme des services et de la promotion de la santé porteront sur les secteurs suivants: application de la Loi canadienne sur la santé par la consultation fédérale-provinciale, la surveillance des régimes d'assurance-maladie et l'octroi direct de plus de 12 milliards de dollars sous forme de transferts fiscaux et de paiements au comptant; élaboration de politiques, de stratégies et de programmes de promotion de la santé, notamment dans le domaine de la lutte contre l'usage du tabac, de l'alcool et des drogues, visant à accroître la participation du public et les services communautaires; et élaboration et mise en oeuvre d'un processus de discussions destiné à promouvoir la mise en pratique des concepts et de la philosophie de «La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé».

Je pourrais ajouter, monsieur le président, que les résultats d'un sondage portant sur 1,000 personnes interrogées dans chacune des provinces et dans le Territoire du Yukon ont été publiés aujourd'hui; à cause de problèmes de communication, les enquêteurs doivent se rendre sur place pour les interviews dans les Territoires du Nord-Ouest, ce qui prend plus de temps. Ces résultats

*[Text]*

which they can build further on any health promotion activities they might want to be engaged in.

So social services program activities will be particularly directed in the following areas: provisions of more than \$4 billion in financial support to 2.5 million needy Canadians under the Canada Assistance Plan or CAP; the provision of \$95 million in financial support for 135,000 disabled Canadians under the Vocational Rehabilitation of Disabled Persons or VRDP; federal-provincial review of VRDP and CAP cost-sharing arrangements as they relate to persons with disabilities, and the co-ordination of social and education activities to combat child sexual abuse.

In medical services, we will continue to carry out the federal commitment to maintain and enhance the health of Canada's indigenous people. Some highlights from the Indian and Northern Health Services activity in 1987-88 include initiative to transfer control of health programs to Indian communities interested and ready to do so, and that will continue—that is beyond the Baffin transfer I have already mentioned—and the continuation of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program, or NNADAP, and will include the completion of the program review we had indicated earlier we were undertaking.

• 1915

In health assessment advisory services activity, following the recommendations of the Ministerial Task Force on Program Review, the so-called Nielsen report, planning is well advanced to transfer various programs out of Medical Services Branch.

Selected initiatives of the Health Protection Program for 1987-88 are as follows: to convene an international symposium on biotechnology science, safety, and regulation; to continue the multi-year renovation and construction program initiated in 1982-83 to update laboratory facilities and prevent hazards to staff; further to strengthen the program's capabilities to conduct food audit inspections of all Canadian food manufacturers under federal jurisdiction; to identify and assess potential health hazards associated with contaminants present in or substances added to the food supply, and develop guidelines and regulations as appropriate—as you know, recently there has been quite a bit of publicity on that issue as well—to reduce the submission review time and the backlog in the pre-market review of new drugs for safety, efficacy, and quality, which I indicated earlier to you we were going to come back to and complete hopefully by the end of this calendar year; and to improve

*[Translation]*

ont également été communiqués à chacune des provinces afin qu'elles puissent les prendre en compte dans le cadre de leurs propres activités de promotion de la santé.

Les activités des programmes de services sociaux seront particulièrement axées sur ce qui suit: aide financière de plus de 4 milliards de dollars pour venir au secours de 2,5 millions de Canadiens nécessiteux aux termes du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); aide financière de 95 millions de dollars au nom de 135,000 Canadiens invalides en vertu de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides (RPI); examen fédéral-provincial des dispositions relatives aux personnes handicapées dans les accords de partage des coûts conclus en vertu du Régime d'assistance publique du Canada et de la Loi sur la réadaptation professionnelle des invalides; et coordination des activités à caractère social et éducatif visant à combattre les agressions sexuelles contre les enfants.

En matière de services médicaux, nous continuerons à remplir l'engagement fédéral en ce qui a trait au maintien et à l'amélioration de la santé des peuples autochtones du Canada. Deux des points saillants de l'activité des services de santé des Indiens et des populations du Nord en 1987-1988 sont les suivants: poursuite du processus de transfert du contrôle des programmes de santé aux collectivités indiennes intéressées et prêtes à l'accepter—c'est en plus du transfert à la zone de Baffin dont j'ai déjà parlé—et poursuite du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), y compris l'achèvement de l'examen de ce programme dont nous vous avons déjà parlé.

En ce qui concerne l'activité des services de consultation et d'évaluation de la santé, à la suite des recommandations du Groupe de travail ministériel chargé de l'examen des programmes, le rapport Nielsen, la planification va bon train en vue du transfert de divers programmes à l'extérieur de la Direction générale des services médicaux.

Certaines initiatives du Programme de la protection de la santé pour 1987-1988 sont les suivantes: organisation d'un colloque international sur la science, la sécurité et la réglementation des biotechnologies; poursuite du Programme pluriannuel de rénovation et de construction entrepris en 1982-1983 pour mettre à jour les installations de laboratoire et prévenir les dangers pour le personnel; renforcement de la capacité d'inspection des aliments chez tous les fabricants de produits alimentaires canadiens sous autorité fédérale; définition et évaluation des risques sanitaires potentiels posés par la présence de contaminants ou d'additifs dans les denrées alimentaires, et élaboration de lignes directrices ou de règlements au besoin—comme vous le savez, cette question a fait dernièrement l'objet d'une certaine publicité—réduction du délai d'examen d'homologation des médicaments et de l'arriéré des examens de précommercialisation des médicaments nouveaux portant sur leur innocuité, leur efficacité et leur



[Texte]

the epidemiological component of Health Protection Program projects to delineate risk factors better.

In 1987-88 income security activities will focus on the implementation of the reforms of the Canada Pension Plan that came into force on January 1, 1987. These include flexible retirement benefits, increased disability benefits, reinstatement of survivor benefits, which had previously been stopped because of remarriage, improved orphan benefits, mandatory credit-splitting on divorce, credit-splitting on separation, and pension assignment on retirement. To ensure the continuing financial health of CPP, the annual contribution rate schedule will gradually increase over the next 25 years and is subject to a review every 5 years. As committee members will also know, rates are set to ensure that the CPP fund will equal approximately two years' benefit in the long term. The branch will also be involved in public consultations on possible changes to survivor benefits.

Mr. Chairman, Mr. Jelinek asked me to highlight some of the initiatives to be undertaken under the Fitness and Amateur Sport Program, so I will give you the overview of the entire department and you can go from there as a committee as you see fit.

As you all know, 1988 is an Olympic year, and Canada will be playing host next February to the Olympic Winter Games in Calgary. The lead-up period will see the implementation of the fifth and final year of the best-ever program designed for the preparation of the best-ever Canadian team. As well, Fitness and Amateur Sport will be involved in a major promotional program of winter sports throughout the country. The year 1988 is also the year for the Olympic Summer Games, which will take place in August and September in Seoul, Korea, and Sport Canada will continue in the preparation of the 23 sport disciplines that will be competing. As well, Sport Canada will be developing and implementing new strategies and programs relating to a number of ministerial initiatives, such as fair play, women in sport, and the elimination of the use of illicit drugs.

The program will spend 86% of its 1986-87 budget on contributions to national sport organizations and to nationally ranked athletes and the national associations concerned with fitness and physical activity. The program will also sponsor co-operative projects to provide employees of small and medium-sized companies with access to quality workplace fitness programs, and as well projects to increase low-skill participation opportunities

[Traduction]

qualité—je vous ai d'ailleurs déjà dit que nous espérons faire disparaître cet arriéré d'ici la fin de cette année civile; et amélioration de la composante épidémiologique des projets du Programme de protection de la santé afin de mieux délimiter les facteurs de risque.

En 1987-1988, les activités des Programmes de la sécurité du revenu seront axées sur la mise en oeuvre des réformes du Régime de pensions du Canada qui sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1987. Ces réformes permettent entre autres une plus grande flexibilité dans l'âge ouvrant droit à la pension de retraite, la majoration des prestations d'invalidité, le rétablissement des prestations de survivant précédemment annulées au moment du remariage, la majoration des prestations d'orphelin, le partage obligatoire des crédits de pension en cas de divorce, le partage des crédits de pension au moment de la séparation et la cession des pensions à la retraite. Pour assurer la santé financière du RPC, le taux de cotisation annuelle sera graduellement augmenté au cours des 25 prochaines années, et les augmentations prévues pourront être réexaminées tous les cinq ans. Comme vous le savez, les taux seront fixés de façon à ce que la caisse du RPC soit suffisamment garnie à l'avenir pour faire face à deux années de prestations environ. La direction générale participera également à des consultations publiques sur l'amélioration possible des prestations de survivant.

Monsieur le président, M. Jelinek m'a prié de souligner certaines des initiatives qui seront entreprises dans le cadre du Programme de la condition physique et du sport amateur. Je me propose donc de vous donner un aperçu des activités de son ministère. Vous en ferez ensuite l'usage que vous voudrez.

Comme vous le savez tous, 1988 est une année olympique. Le Canada sera l'hôte en février prochain des Jeux olympiques d'hiver de Calgary. D'ici là, la cinquième et dernière année du Programme «Mieux que jamais», destiné à préparer la meilleure équipe canadienne de tous les temps, aura été mise en oeuvre. Condition physique et sport amateur participera également à un programme promotionnel majeur des sports d'hiver dans tout le pays. L'année 1988 est aussi l'année des Jeux olympiques d'été qui auront lieu à Séoul en Corée en août et septembre. Sport Canada poursuivra le travail de préparation de la délégation canadienne dans les 23 disciplines sportives inscrites. Sport Canada élaborera et mettra aussi en application de nouvelles stratégies et de nouveaux programmes concernant plusieurs initiatives ministérielles dans les secteurs comme l'esprit sportif, les femmes et le sport, et l'élimination des drogues illicites.

Le budget du programme en 1986-1987 sera consacré dans une proportion du 86 p. 100 à des contributions aux organismes nationaux de sport, aux athlètes classés au niveau international, et aux associations nationales dans le domaine du conditionnement et de l'activité physique. Le programme appuiera également des projets coopératifs destinés à fournir aux employés des petites et moyennes entreprises l'accès à des programmes de conditionnement



## [Text]

for Canadians of all physical and mental capabilities, and to increase youth fitness levels.

The Government of Canada established the XVth Olympic Winter Games Program to provide direct funding, to participate as an active contributor, and to co-ordinate federal services in support of the XVth Olympic Winter Games. The activities of the program will culminate in the staging of the XVth Olympic Winter Games during the period of February 13 to February 28, 1988. Selected initiatives on the program for 1987-88 are as follows: the completion of Canada Olympic Park, the venue for the ski jumping, bobsled, luge, and free-style skiing competitions of the XVth Olympic Winter Games; the continued monitoring of the construction of the Olympic speed skating oval, being funded by the Government of Canada and constructed by the University of Calgary; and the continued planning and co-ordination of Government of Canada involvement in the games.

## • 1920

Selected highlights of the departmental administration program for 1987-88 are as follows: to formulate an agreement with Treasury Board under its increased ministerial authority and accountability initiatives; to action the recommendations of the administrative review, including the completion of the consolidation of most administrative functions, as well as to implement a new department-wide financial system.

The estimates of the Medical Research Council are also subject to review by this committee and the Council's 1987-88 budget amounts to \$171.7 million. Of this amount, 98% is spent on grants and awards and approximately 2% on administration. You will recall that in February of 1986 the government announced increase funding to the granting councils for university research, together with a five-year financial plan. Reflecting our belief in the importance of greater research collaboration between universities and the private sector, the government introduced the policy to match private sector contributions to university research on a dollar-for-dollar basis up to an annual maximum increase of 6% of each council's budget in the previous year. This policy is effective in 1987-88 and it represents \$10 million in additional funds for the Medical Research Council during the first year and a potential of \$111 million during the four-year period of 1990-91.

I should mention, Mr. Chairman, even though it gets into different figures, that the last figure that I have seen, the matching was already at the level of \$27 million as

## [Translation]

physique de qualité au travail; et des projets seront entrepris pour accroître les possibilités de participation de tous les Canadiens, peu importe leur capacité physique et mentale, à des activités demandant peu d'aptitudes et pour améliorer le niveau de condition physique des jeunes.

Le gouvernement du Canada a créé le Programme des XVe Jeux olympiques d'hiver pour engager des fonds directs, jouer un rôle de «contributeur actif», et coordonner les services fédéraux en vue des XVe Jeux olympiques d'hiver. Les activités du programme déboucheront sur la présentation des XVe Jeux olympiques d'hiver au cours de la période du 13 au 28 février 1988. Certaines des initiatives particulières du programme en 1987-1988 sont les suivantes: la fin des travaux du parc olympique Canada, lieu des compétitions de saut à ski, de bobsleigh, de luge et de ski acrobatique des XVe Jeux olympiques d'hiver; la surveillance continue de la construction de l'anneau olympique de patinage de vitesse, installation financée par le gouvernement du Canada et construite par l'Université de Calgary; la planification et la coordination continues du rôle du gouvernement du Canada dans les Jeux.

Quelques-uns des points saillants du programme de l'administration centrale du ministère en 1987-1988 sont les suivants: parvenir à un accord avec le Conseil du Trésor en application des pouvoirs et des responsabilités accrus du programme au sein du ministère; donner suite aux recommandations de l'étude administrative, y compris l'achèvement du fusionnement de la plupart des fonctions administratives; ainsi que mettre en oeuvre le nouveau système financier du ministère.

Le budget du Conseil de recherches médicales doit également être soumis à l'examen de votre Comité. Le budget du Conseil pour 1987-1988 se chiffre à 171,7 millions de dollars. Cette somme est consacrée dans une proportion de 98 p. 100 aux subventions et bourses, le reste, 2 p. 100 environ, à l'administration. Vous vous souviendrez qu'en février 1986, le gouvernement a annoncé l'accroissement des fonds destinés au financement de la recherche universitaire par les conseils de subventions, de même qu'un nouveau plan financier quinquennal pour ces conseils. Parce que nous croyons à l'importance d'une plus grande collaboration entre le secteur privé et les universités dans la recherche, le gouvernement a adopté une politique par laquelle il s'engage à évaluer, dollar pour dollar, les contributions du secteur privé à la recherche universitaire, jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 6 p. 100 du budget de chaque conseil pour l'année précédente. Cette politique entre en vigueur en 1987-1988 et signifiera 10 millions de dollars supplémentaires pour le Conseil de recherches médicales au cours de la première année, et une possibilité de 111 millions de dollars de plus jusqu'en 1990-1991.

Je devrais ajouter, monsieur le président, bien qu'il s'agisse de chiffres différents, que le dernier chiffre que j'ai vu montre que les 10 millions de dollars ont déjà été

[Texte]

against the \$10 million. I do not want to say that the \$10 million versus the \$27 million is a full comparability, but the private sector has come through very well in terms of the process.

I have spent the last minutes, Mr. Chairman, on a number of different initiatives in order to share with you and your colleagues some of the diverse challenges which face the Department of National Health and Welfare. So let me conclude these opening remarks, Mr. Chairman, and turn back to the business of today. We are ready to respond to your questions, and I hope that though I have been brief and have probably driven the translators wild by the speed with which I read my brief, I hope we have given you at least a bird's-eye view of the \$29 billion that the department represents in the total expenditures of the Government of Canada.

Thank you.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Minister. We appreciate the complete overview of both the National Health and Welfare side of your department as well as the Fitness and Amateur Sport and also Medical Research Council. It was the Chair's understanding that we would focus tonight on the health issues. I suspect that most of your officials are here on that account.

The Chair will be happy now to recognize Miss Copps and to welcome her back to the committee after her very short absence, actually, and to say that if we hear any faint cries in the distance we will excuse you if necessary, Miss Copps.

**Ms Copps:** Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Ten minutes.

**Ms Copps:** Am I to understand then that we cannot ask any questions vis-à-vis welfare?

**The Chairman:** The Chair is open to. . . It is up to the Minister, really. If he has his officials here and you really wish to, I guess—

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I believe we are prepared to answer all questions. There might be some questions we cannot answer fully with regard to medical research, because Dr. Ball was not able to be here today. And with Fitness and Amateure Sport, I think it would be probably best if Mr. Jelinek was here later. But other than that, the departmental officials are ready to answer those questions.

**Ms Copps:** Okay.

**The Chairman:** Yes. It was the understanding of the Chair that we would be on health, but if you wish to get on, if the Minister wishes to deal to deal with it, that is okay.

[Traduction]

dépassés puisque nous en sommes déjà à 27 millions de dollars. Je ne prétends pas qu'on puisse véritablement comparer ces 27 millions de dollars et ces 10 millions de dollars mais le secteur privé a donné la preuve de sa volonté de participation.

Monsieur le président, je viens de vous entretenir au cours des dernières minutes d'un certain nombre d'initiatives afin de vous faire part des divers défis qui attendent le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. J'aimerais maintenant, monsieur le président, mettre un terme à ces remarques préliminaires pour que nous puissions nous attaquer au sujet qui nous intéresse aujourd'hui. Nous sommes prêts à répondre à vos questions, et j'espère que malgré la brièveté de cette déclaration et la rapidité avec laquelle je l'ai lue et qui a probablement rendu fous les interprètes, vous avoir donné une bonne idée de la manière dont le ministère dépensera les 29 milliards de dollars que lui a accordés le gouvernement du Canada.

Merci.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre. Nous vous sommes reconnaissants d'avoir fait un tour d'horizon complet des activités associées à la santé et au bien-être de votre ministère ainsi qu'à celles du conditionnement physique et du sport amateur et du Conseil des recherches médicales. J'avais cru comprendre que notre réunion de ce soir porterait principalement sur les questions de santé. Je suppose que la majorité des fonctionnaires qui vous accompagnent sont associés à cet aspect.

C'est avec plaisir que je donne maintenant la parole à M<sup>me</sup> Copps qui nous revient après une absence très brève, je dois dire. Si des pleurs se font entendre dans le lointain nous vous excuserons, si nécessaire, madame Copps.

**Mme Copps:** Merci, monsieur le président.

**Le président:** Dix minutes.

**Mme Copps:** Dois-je comprendre que nous ne pouvons pas poser de questions concernant le bien-être social?

**Le président:** Je suis tout à fait disposé. . . En vérité, la décision en revient au ministre. Si les fonctionnaires nécessaires sont présents et si vous voulez vraiment poser des questions, je suppose. . .

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je crois que nous sommes prêts à répondre à toutes les questions. Il est possible que nous ne puissions vraiment répondre à certaines questions concernant la recherche médicale car M. Ball n'a pu venir ce soir. Pour ce qui est du conditionnement physique et du sport amateur, je suppose qu'il serait préférable de poser ces questions directement à M. Jelinek. Ceci dit, mes fonctionnaires sont prêts à répondre à ces questions.

**Mme Copps:** Très bien.

**Le président:** Oui. J'avais cru comprendre que cette réunion porterait surtout sur les questions relatives à la santé, mais si vous souhaitez en poser d'autres, si le ministre est disposé à y répondre, je vous en prie.



[Text]

**Mr. Epp (Provencher):** Whatever is your direction, Mr. Chairman.

**Ms Copps:** Oh, okay. I was not sure whether. . . are you going to be coming back another time to deal with welfare?

**The Chairman:** Yes, on May 11.

**Ms Copps:** Maybe I will start off, then, dealing with the question of health. I guess at the end of last month you began disbursing funds to provincial governments across the country that had finally fallen in line with the Canada Health Act. There has been a number of concerns expressed about backdoor or under-the-table charges that are being made by physicians, specifically in the Province of Ontario, where administrative fees are now coming into play. I wonder what the federal government is doing to ensure that in fact there is no backdoor violation of the Canada Health Act.

**Mr. Epp (Provencher):** Ms Copps, that is a valid question and has always been one, in terms of the administration of the act, respecting specifically the Ontario situation. But I think, generally speaking, we should say this: as of April 1 of this year, we were able as a Government of Canada to bring all provinces within the ambit of the Canada Health Act. By that I mean that there was not money withheld either for extra billing or user fees. I think we should look at that in the last three years, that this has been quite a change from when the act was passed.

• 1925

With that said, the question you point out is a valid one. What we have done in the Ontario case is I have been in touch with the Minister of Health, Mr. Elston. We have had discussions. I know officials have had discussions. He has assured us that if there is any violation—by that I mean there is either extra billing or a user charge, but in Ontario primarily extra billing, or it comes under the guise of administrative fees, to use that term, which has been used in Ontario—Ontario not only will monitor that, they will keep us informed, and they will reimburse the people who have had those types of fees assessed against them. As long as Ontario does that, in our understanding they would then be in conformity with the Canada Health Act.

**Ms Copps:** I guess what I am asking, though, is if you have a strategy in place to monitor on a regular basis all provinces. . . and I am referring now to the situation in Alberta, where there has been a suggestion that certain procedures may be taken out of their health plan. . . Our office. . . I know we tried to get from your department a list of all uninsured services in every province across the country and were unable to do so. Now, presumably somebody is monitoring this, because if you have cataract operations that are not covered by a health plan, then you do not have universally accessible health care. I would

[Translation]

**M. Epp (Provencher):** Je m'en remets à vous, monsieur le président.

**Mme Copps:** Oh, très bien. Je n'étais pas sûre. . . devez-vous revenir une autre fois pour nous parler des questions de bien-être social?

**Le président:** Oui, le 11 mai.

**Mme Copps:** Dans ce cas, je commencerai par des questions relatives à la santé. Je crois qu'à la fin du mois dernier vous avez commencé à distribuer des fonds aux gouvernements provinciaux qui se sont enfin décidés à respecter l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. Certains médecins, surtout en Ontario, pratiquent une surfacturation indirecte sous forme de frais administratifs. Que fait le gouvernement fédéral pour mettre fin à de telles pratiques contraires à l'esprit de la Loi canadienne sur la santé?

**M. Epp (Provencher):** Madame Copps, c'est une question tout à fait valide et toujours d'actualité sur le plan de l'administration de la loi surtout en Ontario. Cependant, je crois que d'une manière générale nous pouvons dire la chose suivante: depuis le 1<sup>er</sup> avril le gouvernement du Canada est en mesure d'affirmer que toutes les provinces respectent la Loi canadienne sur la santé. J'entends par cela qu'aucun transfert fiscal n'a été bloqué pour cause de surfacturation ou de tarifications supplémentaires. Il est certain, à mon avis, que la situation au cours des trois dernières années, depuis la promulgation de cette loi, a évolué de manière très positive.

Cela dit, votre question est fort à propos. J'ai communiqué personnellement avec le ministre de la Santé de l'Ontario, M. Elston, pour traiter de la situation dans cette province. Nos adjoints se sont également penchés sur ce dossier. Le ministre et les responsables du programme de la santé de l'Ontario se sont engagés à nous faire part de toute violation au règlement, qu'il s'agisse de surfacturation, d'honoraires supplémentaires ou de frais administratifs quelconques, pour reprendre l'expression à la mode dans cette province. Et non seulement ils nous tiendront au courant, mais ils rembourseront également toutes les sommes que les patients ontariens auront dû verser en surplus à leur médecin. Avec ces mesures, nous estimons que l'Ontario se plie aux exigences de la Loi canadienne sur la santé.

**Mme Copps:** En fait, j'aimerais savoir si vous avez un programme de contrôle régulier de toutes les provinces. Je pense en particulier à la situation en Alberta. Il semble en effet que cette province envisage de rayer certaines procédures de son programme d'assurance-santé. J'ai essayé, mais en vain, d'obtenir de votre ministère une liste de tous les services non assurés dans chaque province. Il doit y avoir une certaine forme de contrôle. En effet, on ne peut pas vraiment parler de soins de santé universels si un régime d'assurance-santé quelconque exclut les opérations de la cataracte. C'est pourquoi je vous ai posé



[Texte]

like to know what system is in place nationally to make sure provinces are not, through the back door, cutting on costs or cutting on procedures by saying they are not covered by health plans.

**Mr. Epp (Provencher):** First of all, Ms Copps, you use the word "uninsured". Those did not come under the Canada Health Act. For instance—and this has always been an issue in health—there is the insured list, if I could put it that way. That is the agreement between the federal and the provincial governments that these are the insured services for purposes of the act and for purposes of the funding. In all provinces there was an additional list, not coming within cost sharing before, or now within block funding. A person living in that province. . . when he or she accessed that health care system, there was no extra charge, so for the recipient it was an insured service; but it was not an insured service for purposes of the act.

Generally speaking, there were services covered in Alberta that went beyond some services that other provinces were willing to pay. I will give you an example: cosmetic surgery. Cosmetic surgery for reasons of health or accident is an insured service. But cosmetic surgery for reasons of personal choice in most provinces is not. In Alberta it was covered.

As Alberta moves away from that, should it move away—and that is one of the ones I have heard as being discussed—it would still be in conformity with the act, because ours would only relate to the agreements between the federal and provincial governments.

In that sense there is monitoring.

**Ms Copps:** Could you table, or would it be possible for your department to provide us with, a list of all the uninsured services, province by province?

**Mr. Epp (Provencher):** The uninsured services, again, do not come within the ambit of the Canada Health Act.

**Ms Copps:** But how can you keep track of whether health care is universally accessible if you do not know what is not being covered?

**Mr. Epp (Provencher):** We know what is covered.

**Ms Copps:** Can you give me a list of everything covered in every province, and every other procedure I can expect, then, is not covered?

**Mr. Epp (Provencher):** I believe we can do that.

**Ms Copps:** That would be great. Thank you.

**Mr. Epp (Provencher):** Otherwise I get into provincial jurisdiction, which the provinces might want to give you, but I cannot answer for.

**Ms Copps:** Can you also give us some information regarding the federal government's commitment to

[Traduction]

cette question sur l'existence d'un programme national de contrôle. Il est de la plus haute importance, en effet, de veiller à ce que les provinces ne magouillent pas trop pour réduire leurs coûts ou exclure certaines interventions chirurgicales de leurs régimes d'assurance-santé.

**M. Epp (Provencher):** Vous avez parlé, madame Copps, d'interventions non assurées. Mais cette motion n'existe pas dans la Loi canadienne sur la santé. La liste des interventions couvertes a toujours été assez controversée, si vous me permettez l'expression. Les autorités fédérales et provinciales se sont en effet entendues sur les services assurés aux fins de la loi et au titre du financement. Les provinces ont dressé une liste supplémentaire, qui n'était pas incluse dans l'accord sur le partage des coûts, et qui ne figure pas maintenant dans le programme de financement global. Les patients bénéficiaires des services qui figurent sur cette liste supplémentaire n'avaient donc aucun supplément à payer. En ce qui les concerne, il s'agit en quelque sorte d'un service assuré. Mais ces services ne sont pas des services assurés aux termes des dispositions de la loi.

Ainsi, l'Alberta offrait plus de services assurés que d'autres provinces. Je pense en particulier à la chirurgie esthétique. La chirurgie esthétique pour des raisons de santé ou par suite d'un accident constitue un service assuré. Mais la chirurgie esthétique pour des raisons personnelles n'est pas couverte dans la plupart des provinces, sauf en Alberta.

Donc, si l'Alberta décide de supprimer ce genre d'intervention de sa liste de services assurés, et il semble qu'elle envisage de le faire, elle n'agirait pas contrairement à la loi puisque nous n'utilisons que la liste des ententes fédérales-provinciales.

C'est une sorte de contrôle.

**Mme Copps:** Votre ministère pourrait-il nous remettre une liste de tous les services non couverts dans chaque province?

**M. Epp (Provencher):** Mais les services non couverts ne relèvent pas de la Loi canadienne sur la santé.

**Mme Copps:** Mais comment pouvez-vous dire que les services de santé sont accessibles à tous si vous ne savez pas quels sont les services exclus?

**M. Epp (Provencher):** Nous savons exactement quels sont les services couverts.

**Mme Copps:** Pourriez-vous alors nous remettre une liste de tous les services couverts dans chaque province? Nous pourrions alors conclure que les autres interventions ne sont pas couvertes.

**M. Epp (Provencher):** Cela devrait pouvoir se faire.

**Mme Copps:** Je vous en saurais gré, merci.

**M. Epp (Provencher):** Je ne peux vraiment pas vous remettre des listes de services qui relèvent de la compétence des provinces.

**Mme Copps:** À l'époque de la campagne électorale, votre parti s'était engagé à doubler les investissements du

[Text]

research and development? When your government was seeking to gain power, you promised there would be a doubling of research and development. Yet in MRC we see that the increase in these estimates amounts to 2.24%.

Concurrent with that, I think another concern is the fact that because you are now tying much funding to matching funds in the private sector... there is a suggestion from an associate professor at the University of Toronto that within the next 10 years about 47% of any MRC funding will be tied to private-sector contributions. First of all, why is the increase so low? Secondly, what guarantees are you building into the system to ensure that research is done on the basis of its net worth to society rather than its individual worth to selective companies?

• 1930

**Mr. Epp (Provencher):** First, I think a blend between public and private is always important. One can argue about what the percentage should be.

By the way, let me just take you through MRC a bit. When we came into office in 1984, the previous year MRC had had a funding level of approximately—and I am using approximation because I do not have all the numbers in front of me—\$157 million. That was the first two years of a five-year plan. In year three, when we came into office, over \$30 million had fallen off the table because it had not been put into the A-base. So there was a \$30-million shortfall the first year we were there, and so it was down to approximately \$128 million. That was the A-base.

In fact, when I was in opposition I kept asking where this money would come from, because it was only for the first two years.

We restored that \$30 million and put it in the A-base and put it forward as forward planning for the five years. So that is the first point that has to be made. So it depends on how you want to start figuring percentage increases and where you start from before you look at any kind of percentages.

From that figure we have now gone to the \$171 million I mentioned.

I absolutely agree with you on one point, that we have to increase medical research funding both in basic research, in which the Medical Research Council has done an excellent job—I think almost everyone in the field would agree with that—and we also need applied research. In applied research we have not had the transferability to the degree that possibly others have had. That is why the private funding becomes important on two counts. First, it gives us additional monies we did not have before; second, we have the applied research, which I think is important, because, as you look down the future,

[Translation]

gouvernement dans le secteur de la recherche et du développement. Qu'en est-il au juste maintenant? J'ai remarqué en effet que le budget n'accordait qu'une augmentation de 2,24 p. 100 au CRM.

Mais il y a un autre sujet qui me préoccupe beaucoup. Je veux parler des subventions que vous accordez à la condition que le secteur privé fournisse une contribution égale. Un professeur associé de l'Université de Toronto est même allé jusqu'à prétendre que, d'ici 10 ans, environ 47 p. 100 du financement du CRM sera lié aux contributions du secteur privé. Pouvez-vous nous expliquer la raison de cette si faible augmentation? Et pouvez-vous nous dire ensuite quelle garantie vous avez intégrée au système pour promouvoir les projets de recherche susceptibles d'améliorer notre société par rapport aux projets rentables pour certaines compagnies?

**M. Epp (Provencher):** Je tiens à commencer par signaler que la participation des deux secteurs, public et privé, est de la plus haute importance. Les pourcentages sont discutables.

Permettez-moi de vous expliquer exactement la situation du CRM. En 1984, l'année avant notre arrivée au pouvoir, les fonds destinés au CRM étaient de l'ordre de 157 millions de dollars. Je n'ai pas ces données sous les yeux, et je vous donne donc des chiffres approximatifs. La situation est demeurée sensiblement la même pendant les deux premières années d'un programme quinquennal. Nous sommes arrivés au pouvoir la troisième année de ce programme qui avait vu disparaître plus de 30 millions de dollars de son poste budgétaire parce que ce montant n'avait pas été inclus dans sa base A. Cette réduction a ramené le poste budgétaire du CRM à 128 millions de dollars. Ça c'est pour la base A.

Qui plus est, lorsque j'étais membre de l'Opposition, j'en avais marre de demander de quelle source ces fonds proviendraient parce que nous n'en étions qu'aux deux premières années du programme.

Nous avons donc remis ces 30 millions de dollars dans la base A et inclus ces chiffres dans les prévisions pour les cinq années du programme. Je tenais à commencer par vous donner cette précision. Tout dépend de la manière dont vous voulez calculer les pourcentages.

Ce chiffre est ensuite passé aux 171 millions de dollars que j'ai mentionnés tout à l'heure.

Je suis entièrement d'accord avec vous à cet égard. Nous devrions en effet augmenter nos subventions au titre de la recherche médicale dans le domaine de la recherche de base, et le CRM fait de l'excellent travail dans ce domaine, je pense que tout le monde en convient, ainsi qu'au titre de la recherche appliquée. Nous avons des problèmes de transfert dans ce domaine. C'est là que les subventions du secteur privé revêtent une importance capitale, et ce, pour deux raisons. Ces subventions s'ajoutent en quelque sorte aux activités du gouvernement et elles permettent en outre l'exécution de toutes sortes de travaux de recherche. Et



[Texte]

if you take a look at the financing of Canada's health care system, it is really the only fully universal system we have in Canada; namely, that everybody can access it in the same way to the same degree. In order to finance it, I believe that one of the futures in financing of health care globally for us has to be in the area of applied research and in health-related industries. We have some excellent leadership qualities there, and that is why I am excited about the MRC tying in both a reputation of basic research along with applied science.

So, Ms Copps, if you say that there is a skewing of the percentages following the idea of one person, there is without question in Canada a debate in the academic research community as to what that relationship, percentage-wise, should be. I cannot project, quite frankly, into the future beyond the five-year plan we have had approved by Cabinet and by the Treasury Board as to the percentage relationship; but I have no doubt in my mind that we should see, and I personally am committed to have, an increase in medical research funding, and I think most members of the committee would agree with that.

**Ms Copps:** I will ask two quick questions. First, if there is this so-called drug epidemic, why is there no increase in your estimates to go toward the drug epidemic? Second, what is the current status of AZT in Canada?

**Mr. Epp (Provencher):** In terms of the drug epidemic, just the figures I released today in the report will indicate the use, for instance, of drug abuse in Canada. I will not take the time of the committee now to give those numbers. The reason why there are no figures on the drug strategy is that will be additional funding and it will be announced prior to the third week in June of this year.

**Ms Copps:** And AZT?

**Mr. Epp (Provencher):** Sorry. In terms of AZT, we have been meeting with Burroughs Wellcome. As recently as today, Dr. Burt Liston has been meeting with Burroughs Wellcome. I think Dr. Liston could give us the latest information up to date.

**Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection, Department of National Health and Welfare):** Thank you, Mr. Chairman.

• 1935

Through you we had discussions with the Burroughs Wellcome company, because they expressed concern that beyond May 1 they wish to be paid for the drug that was being made available, and they also expressed interest in normalizing, if that is the right term, or obtaining a notice of compliance for the drug AZT. We were discussing with them the question of how we could maintain the *status*

[Traduction]

cela est essentiel à mon avis pour l'avenir du régime des soins de santé, qui est le seul programme accessible à tous au Canada. En effet, tous y ont accès de la même manière et dans la même mesure. La recherche appliquée et les industries qui oeuvrent dans le secteur de la santé auront, selon moi, un rôle très significatif à jouer dans l'avenir du financement de notre régime de santé. Nous avons au Canada des experts très compétents dans ces domaines et c'est pourquoi je suis si heureux de constater que le CRM a décidé de mener de front les travaux de recherche de base et des projets de sciences appliquées.

Vous nous avez transmis, madame Copps, le point de vue d'une seule personne au sujet de certains pourcentages trompeurs. Mais laissez-moi vous dire que les universitaires qui travaillent dans le domaine de la recherche se demandent depuis longtemps quel serait le meilleur pourcentage. Je ne suis pas vraiment en mesure de prévoir, au-delà du programme quinquennal, quel sera le pourcentage idéal. Tout ce que je puis vous dire c'est ce qui figure dans le programme quinquennal qui a reçu l'approbation du Cabinet et du Conseil du Trésor. Soyez cependant assurée que je vais déployer tous les efforts possibles et imaginables pour que l'on augmente le total des subventions accordées au secteur de la recherche médicale. Les membres du Comité sont sans doute d'accord avec moi sur ce point.

**Mme Copps:** J'ai encore deux brèves questions à poser. Y a-t-il vraiment une épidémie en ce qui concerne la toxicomanie? Et, si c'est le cas, pourquoi n'avez-vous pas augmenté le poste budgétaire du programme de lutte contre ce problème? Et où en est le AZT au Canada?

**M. Epp (Provencher):** Pour ce qui concerne d'abord l'épidémie, les chiffres qui figurent dans le rapport que j'ai divulgué aujourd'hui donnent une bonne idée de la situation au Canada. Je n'ai donc pas besoin de vous les citer. Le budget supplémentaire comprendra un poste pour un programme de lutte contre la toxicomanie qui sera annoncé avant la troisième semaine de juin de l'année en cours.

**Mme Copps:** Et pour ce qui est de l'AZT?

**M. Epp (Provencher):** Je m'excuse d'avoir oublié. Nous en avons discuté en réunion avec des représentants de Burroughs Wellcome. Le docteur Burt Liston a même eu une rencontre avec eux aujourd'hui. Il est donc plus en mesure que moi de vous fournir des renseignements à jour.

**Dr A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Protection de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social):** Merci, monsieur le président.

Nous avons en effet rencontré les représentants de la société Burroughs Wellcome. Ils nous ont fait part de leur inquiétude pour ce qui est de se faire payer, après le 1<sup>er</sup> mai, pour le médicament qu'elle produit. Cette société s'intéresse également à la normalisation, c'est-à-dire qu'elle souhaite obtenir un avis de conformité pour son médicament AZT. Nous avons cherché ensemble un



[Text]

quo for the next few weeks, because we are scheduled to meet with the provinces that are also going to have some significant responsibility in how the drug is distributed. So on May 4 we would have the three parties involved in the distribution—that is the federal government, the provinces, and the company—and we would hope at that time to develop a final position for AZT.

**The Chairman:** Thank you very much. Mr. Epp.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, you know there is a controversy that the Americans, as one of the 10 countries that approved AZT, if they now have approved it, will we get our supply? And there is one other step in the terms of the approval that has been made clear as recently as today, at least to myself, and perhaps I could have Dr. Liston explain that, because AZT is not as available in the U.S. as the impressions are left, that anyone who now has PCP can in fact have access to the drug. And that might help clarify some media reports, as well.

**Ms Copps:** Just on that question, as I understand it, at the moment in Canada there are only 200 people being treated on sort of an experimental basis. Are you going to resolve on May 4—will the resolution include more widespread availability, because I think the issue is not whether these 200 can continue to get it as much as other people who are interested in being considered?

**The Chairman:** We will hear Dr. Liston, and then we will move on to Dr. McCurdy. Dr. Liston.

**Dr. Liston:** The question of availability of the drug is not just a question of funding or administration of it. There is also the question of the hierarchy of indications for which it can be properly or safely used. Those patients who have the form of pneumonia, PCP, or advanced ARC, are all enrolled in these two. One is a compassionate trial, and the other one is a clinical trial. All the patients we have in Canada who have those two indications are so enrolled.

For other conditions, one has to be very cautious as to whether the drug should be made available, because patients in whom the disease is not as advanced still have some lymphocytes, and the drug AZT has a tendency to reduce or destroy those. Hence, the drug has a property of reducing immune protection. For someone who is well advanced in the disease, that has little significance, because they have lost their immuno-competence, and the only thing they gain is the anti-viral properties of the drug. If the drug is not used wisely, or given too indiscriminately, people may suffer more than they would derive benefit from the drug, and therein is our concern that there be a form of control that is appropriate with, call it, the best therapeutic care we can provide.

[Translation]

moyen de maintenir le statu quo pour les quelques prochaines semaines. Nous avons en effet mis cette question à l'ordre du jour de notre rencontre avec les provinces qui joueront un rôle de premier plan au niveau des modalités de vente de ce produit. Il se pourrait très bien que, à compter du 4 mai, le gouvernement fédéral, les autorités provinciales et la société elle-même aient leur mot à dire dans la vente de ce produit. C'est pourquoi nous espérons arriver à une entente au sujet de ce médicament.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup. Monsieur Epp.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, vous n'êtes pas sans savoir que d'aucuns s'inquiètent énormément de notre capacité d'obtenir ce médicament si les Américains finissent par en approuver l'usage, comme l'ont fait d'ailleurs 10 autres pays environ. On m'a expliqué aujourd'hui même encore une autre étape du processus d'approbation de ce médicament. Le D<sup>r</sup> Liston pourra vous donner de plus amples renseignements. L'AZT n'est pas encore disponible aux États-Unis. Mais ceux qui ont le PCP ont accès à l'AZT. Cela devrait permettre de mieux comprendre certains récents reportages.

**Mme Copps:** Pour poursuivre dans la même veine, je crois savoir que l'on traite au Canada à l'heure actuelle environ 200 personnes, et ce, à titre expérimental. Mais, pour en revenir au 4 mai, allez-vous trancher en faveur d'une plus grande accessibilité de ce produit? A mon avis, le problème ne concerne pas tellement ces 200 personnes que les autres qui veulent obtenir ce produit.

**Le président:** Nous allons d'abord donner la parole au D<sup>r</sup> Liston qui sera suivi du Dr McCurdy. Docteur Liston.

**Dr Liston:** L'accessibilité de ce médicament n'est pas uniquement fonction de subventions ou de mesures administratives. La posologie est très importante. Les patients atteints de PCP, une forme de pneumonie, ou d'un cas avancé d'ARC participent à ce programme. Certains reçoivent ce médicament pour des raisons d'ordre uniquement humanitaire, tandis que les autres font partie du programme d'essais en clinique. Tous les patients atteints de ces maladies au Canada participent à ces programmes.

Mais dans les cas d'autres maladies, il faut faire preuve d'énormément de circonspection. En effet, ce médicament a tendance à diminuer ou même à détruire les lymphocytes que l'on trouve encore chez certains patients chez qui la maladie n'a pas progressé autant. Ce médicament est donc susceptible de réduire les capacités immunitaires. Mais cela n'a pas grande importance pour les patients chez qui la maladie a énormément progressé, car ils ont perdu leur capacité immunitaire et ne bénéficient par conséquent que des effets antiviraux de ce médicament. Le manque de circonspection dans la prescription de ce médicament risque de faire souffrir certains patients beaucoup plus que d'améliorer leur état. C'est pourquoi nous tenons à ce qu'il existe une forme de

[Texte]

The further availability in the U.S. is pretty much along the same lines, or at least it attempts to address the same question. Although a notice of compliance or a free sale, as it has been termed in the public press, has been granted, there is nevertheless a federally constituted committee in the United States that overviews every application for entry of a patient on AZT therapy—that is, any physician who wishes to prescribe it must have his application viewed or vetted by this committee before there is concurrence—and the drug is then made available to the appropriate centre, be that a pharmacy or a hospital clinic, thus making the drug available. So the program concern, shall we say, the element of control, is pretty much parallel between the United States and Canada, and we need to refine or finalize our procedures for doing so.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Liston.

You will have to come back on a second round, Ms Copps. Dr. McCurdy, 10 minutes.

**Mr. McCurdy:** I am a little bit disturbed by the fact that we are not going to be dealing with anything else except health—

• 1940

**The Chairman:** Dr. McCurdy, the Minister has agreed to answer questions, if you wish. It was a decision of the committee that we deal with health today and welfare two weeks from tonight, but if you wish and if the Minister wishes to accept your questions, Mr. McCurdy—

**Mr. McCurdy:** It is good seeing you again.

**Mr. Epp (Provencher):** Good to see you.

**Mr. McCurdy:** In the committee's deliberations about the rehabilitation of addicts, it was discovered that some \$10 million in OHIP payments are being shipped out of the province to the United States, chiefly to Buffalo, to provide the kind of rehabilitative care that, according to Phil Welsh and others, is not available in Ontario. Apparently a similar circumstance exists in other provinces. It was also pointed out that, with respect to the administration of rehabilitative programs in Ontario and other provinces, one of the reasons for this is the absence of appropriate specialty training in Canada for health care workers who would be involved in this kind of program.

Have you been examining this in the context of the national drug strategy that is to be announced in June in collaboration with the provinces? In your drug strategy will there be some attempt to address what seems to me to be an outrageously bizarre set of circumstances?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman and Mr. McCurdy, the answer is, yes, but I want to give you a little more detail, if I might.

**Mr. McCurdy:** God, I hope so.

[Traduction]

contrôle qui nous permette de fournir les meilleurs soins possibles.

Les États-Unis ont adopté plus ou moins la même ligne de conduite. Même si ce médicament a fait l'objet d'un avis de conformité et qu'il est maintenant en vente libre, au dire de la presse publique, il existe néanmoins un Comité fédéral chargé d'étudier chaque demande d'admission au programme d'AZT. Ainsi, tous les médecins qui souhaitent prescrire ce médicament doivent en faire la demande au Comité. Lorsque le Comité accorde son autorisation, le médicament est envoyé au centre approprié, une pharmacie ou une clinique. Les contrôles en place sont donc assez semblables aux États-Unis et au Canada. Il ne nous reste plus qu'à finaliser le système.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup, docteur Liston.

Vous devrez nous revenir au deuxième tour, madame Copps. Docteur McCurdy, 10 minutes.

**M. McCurdy:** Je me préoccupe un peu du fait que nous ne parlons pas d'autres choses que de la santé.

**Le président:** Docteur McCurdy, le ministre accepte de répondre à vos questions. Mais je tiens à signaler que le comité s'était entendu pour traiter aujourd'hui du domaine de la santé et consacrer au bien-être social la séance qui aura lieu dans deux semaines. Mais si vous y tenez, monsieur McCurdy. . .

**M. McCurdy:** Je suis très content de vous revoir.

**M. Epp (Provencher):** Pareillement.

**M. McCurdy:** Il est ressorti de nos travaux sur la désintoxication que le programme d'assurance-santé de l'Ontario versait environ 10 millions de dollars dont la plus grosse part va à un centre situé à Buffalo aux États-Unis. Selon Phil Welsh et d'autres, les soins qu'offre ce centre ne sont pas offerts en Ontario. Et le cas ne serait pas unique. Il semble également que cet état de choses soit attribuable en partie au manque de formation spécialisée pour les travailleurs de la santé qui oeuvrent dans ce domaine.

Vous êtes-vous penché sur cette situation dans le cadre de vos travaux d'élaboration d'un programme national sur la lutte contre la toxicomanie que vous devez annoncer au mois de juin de concert avec les provinces? Allez-vous essayer de remédier à cette situation un tant soit peu étrange, sinon tout à fait scandaleuse?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, monsieur McCurdy, soyez rassurés, la réponse est affirmative. Mais laissez-moi quand même vous donner plus de détails.

**M. McCurdy:** Allez-y, j'espérais que vous le proposeriez.



[Text]

**Mr. Epp (Provencher):** If I may ask a question first before answering it—you are taking the issue beyond, for example, the methadone treatment that is being used, for instance, in provinces such as B.C.?

**Mr. McCurdy:** There was no specification, but it indicates that the chief problem is alcohol, which had—

**Mr. Epp (Provencher):** Okay. Well, I just wanted to make sure that I was addressing the issue that you were concerned mostly about.

In respect to the drug strategy, there are a number of component parts which in a generic sense have been made public, such as an education program, such as the international involvement. Of course, there is always an interdict component that has to be kept in mind.

In respect to the provinces and the alcohol and drug addiction foundations, all the advice we have received from experts in the field is that drugs and alcohol rehabilitation have to be taken together; in other words, it is a not either/or. That being the case, in direct respect to your question, it is one of the issues in which we are dealing with the provinces, consulting with the provinces, in the development of the drug program.

I should say that we have had over 200 meetings now in the development of the drug strategy. My officials, provincial officials, addiction officials, have worked very diligently at it. We have had good co-operation all around, and that has been one of the component parts that we have built into the strategy. In the past—and I am not placing blame on anyone—if you take a look at the history of co-operation between the provinces and the federal government, from time to time that has been fairly spotty; there has also been a spotty record between some provinces and their alcohol and drug addiction foundations, or similar agencies that were set up in a given province. There is an overwhelming view that those different components have to be brought together and that a national drug strategy has to be just that.

When you are asking me whether there will be that type of approach in the drug strategy, we hope it is there; we hope it is strong enough. When it is unveiled, I think a number of us, including yourselves, who have expertise in this field, will have to examine whether or not we can also action it. The actioning of it over a consistent period of time has been difficult in any drug strategy in Canada. It has been very spotty.

• 1945

**Mr. McCurdy:** Of course, we are talking about, on the one hand, OHIP payments, huge amounts of money under OHIP. To go back to Ms Copps' question about the extent to which the federal government monitors the expenditures under the National Health Program, it would seem to me that somebody should have flagged these expenditures of OHIP; that is, national health plan moneys, outside the country. Can we hope that an awareness of this will lead to some attempt on the part of

[Translation]

**M. Epp (Provencher):** Puis-je commencer par vous poser une question? Vous voulez bien parler de programmes autres que le traitement à la méthadone qui est offert en Colombie-Britannique, entre autres endroits?

**M. McCurdy:** Je ne parlais de rien de précis. Mais il semble que le plus gros problème soit l'alcool. . .

**M. Epp (Provencher):** D'accord. Je voulais simplement m'assurer de bien répondre à votre question.

Il y a déjà des éléments de notre programme de lutte contre la toxicomanie qui sont connus du public. Je pense en particulier à notre programme d'éducation et à notre participation à des efforts internationaux. Il y a toujours un élément d'interdiction qu'il ne faut pas oublier.

Nous en sommes arrivés à la conclusion, suite à nos rencontres avec les représentants des provinces, des centres d'aide pour les alcooliques et les toxicomanes, et des opinions que nous avons reçues des experts dans le domaine, qu'il fallait mener de front la lutte contre ces deux problèmes qui sont indissociables. Donc, pour répondre à votre question, nous avons effectivement traité de ces questions au moment d'élaborer notre programme de lutte contre la toxicomanie de concert avec les provinces.

Nous avons déjà eu plus de 200 rencontres dans le but de mettre ce programme au point. Les fonctionnaires fédéraux et provinciaux ainsi que les experts dans le domaine ont consacré énormément d'efforts à ce projet. Ces travaux se sont déroulés dans une telle ambiance de collaboration que nous avons décidé d'en faire un élément de notre stratégie. Je ne voudrais surtout pas faire de reproches à qui que ce soit, mais les autorités provinciales et fédérales n'ont pas toujours aussi bien collaboré. En outre, certaines provinces ont eu des difficultés à s'entendre avec leurs centres de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie. Mais là, tous semblent s'entendre sur l'opportunité de réunir tous ces éléments et d'en faire une stratégie nationale.

Nous espérons que notre programme sera axé sur cette approche, sur la collaboration. Les experts dans le domaine, dont vous faites partie, seront invités à nous donner leur avis quant à l'applicabilité du programme que nous annoncerons en juin. Le gros problème au Canada avec ce genre de programmes est surtout le manque de cohérence. Ils sont plutôt sporadiques, au Canada.

**M. McCurdy:** N'oublions pas l'importance des versements effectués par l'OHIP. M<sup>me</sup> Copps a parlé tout à l'heure de la mesure dans laquelle le gouvernement fédéral contrôle les dépenses encourues dans le cadre du Programme de la santé nationale. Est-ce qu'on n'aurait pas dû remarquer l'importance des sommes que l'OHIP dépensait à l'étranger? Il s'agit après tout de l'argent des contribuables. Maintenant qu'il est conscient de la situation, peut-on espérer que le gouvernement fédéral, de



[Texte]

the federal government, in collaboration with the provinces, to begin to develop the kind of treatment that is there, and, more important, to train the people necessary to do that?

**Mr. Epp (Provencher):** The answer to both those questions is yes.

**Mr. McCurdy:** Under the VRDP we have a vehicle for federal cost-sharing of alcohol and drug treatment programs specifically, but this arrangement excludes adolescents. Is there, in your national drug program, a strategy to extend the cost-sharing arrangements under this program to include adolescents?

**Mr. Epp (Provencher):** Not under VRDP, Mr. McCurdy. With regard to the problem of adolescents and drug rehabilitation, the answer to that, in terms of drug strategy, is yes.

**Mr. McCurdy:** They will be able to have access to—

**Mr. Epp (Provencher):** They will have access to new funds and new programs.

**Mr. McCurdy:** Mr. Minister, may I say something before all of this gets out of hand?

Action is not a verb; we act on things, we do things or we do not do things, we do not action them. I am sorry to see you entrapped by the use of bureaucratic terms. I hope I can look forward to a retention of the basic essentials of the English language.

**Mr. Epp (Provencher):** Sir, I will take your admonishments, but I will not necessarily divorce myself of the good people around me.

**Some hon. members:** Oh, oh!

**Mr. McCurdy:** Mr. Minister, we in Windsor have been engaged in a long series of correspondence with your department over whether, and to the extent, citizens have access to the local income securities office. We have a sad story of people trying to get through on the telephone and not being able to, of people attempting to get appointments and not being able to, of a great deal of criticism and concern in the community, generally, about the fact that this office, because of understaffing, was unable to service the people who needed it.

As a result, we were informed that there would be some increase in personnel there. That happened, and there was no some slight improvement.

Subsequent to that, coming close to the end of the last fiscal year, we were informed that those seven individuals, or some fraction thereof—it seems to me that only part of them were devoted to the particular issue of service, there are other things involved—let us say four, were now going to be cut. The explanation was, in contrast to what was promised us, to wit, that this increase in staffing was intended to improve service—we were informed that it was not really, after all, the reason they were there.

We were then advised that there is a problem in southwestern Ontario. It is going to be examined and it is

[Traduction]

concert avec les provinces, mettra sur pied des programmes de traitement semblable et s'occupera de la formation du personnel nécessaire pour les administrer?

**M. Epp (Provencher):** La réponse à ces deux questions est affirmative.

**M. McCurdy:** Le PRPPH constitue un excellent mécanisme pour mettre sur pied un programme à coûts partagés de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Malheureusement, cet accord exclut spécifiquement les adolescents. Votre programme de lutte contre la toxicomanie prévoit-il un moyen d'inclure les adolescents dans ces accords à coûts partagés?

**M. Epp (Provencher):** Malheureusement, monsieur McCurdy, le PRPPH ne nous permet pas d'inclure les adolescents. Mais nous n'avons pas oublié leur problème dans notre stratégie.

**M. McCurdy:** Ils auront donc accès. . .

**M. Epp (Provencher):** Ils auront accès à de nouveaux fonds et à de nouveaux programmes.

**M. McCurdy:** Monsieur le ministre, puis-je ajouter quelque chose avant que nous n'allions trop loin?

Je tiens à signaler que le mot action, en anglais, est un substantif et non pas un verbe. Je trouve dommage de vous entendre parler ce jargon bureaucratique. J'espère que nous allons tous faire l'effort de bien parler notre langue, l'anglais.

**M. Epp (Provencher):** J'accepte la critique, monsieur, mais pas au point de me distancer des gens qui m'entourent.

**Des voix:** Oh, oh!

**M. McCurdy:** Monsieur le ministre, il y a toute une correspondance entre notre bureau de Windsor et votre ministère. On y traitait de l'accès au bureau local du revenu. Les gens de l'endroit ont beaucoup critiqué le fait que le manque de personnel ait empêché ce bureau de fournir des services à la localité. Nous avons entendu parler de moult cas de personnes qui ont été incapables de joindre ce service par téléphone et d'obtenir des rendez-vous avec les fonctionnaires compétents.

On nous a dit que du personnel supplémentaire allait être envoyé à ce bureau. C'est ce qui s'est passé et il y a eu une nette amélioration.

Mais nous avons été informés vers la fin de la dernière année financière que quatre personnes semble-t-il sur les sept spécialisées dans ce domaine allaient être licenciées. On nous a dit que, contrairement à la promesse qui nous avait été faite, c'est-à-dire que le personnel avait été augmenté dans le but d'améliorer les services, que ce n'était pas du tout la raison de la présence de ces employés dans ce bureau.

On nous a ensuite dit qu'il y avait un problème dans le sud-ouest de l'Ontario. Une étude devait être faite et les

[Text]

going to be released in April—I think April 1st—the results of a study of service in the area. In the meantime, an 800 number was introduced, which we have been testing. We find that two-thirds of the time it is busy. It is a continuing source of real irritation, as you may or may not know, by virtue of correspondence bordering on undiplomatic, at times, that I have sent you on this subject.

• 1950

I find another area of local irritation that I would like to talk about. It concerns an individual who was by any ordinary definition of the term, totally disabled, and who was denied disability in spite of what is evident, total disability. You know, my staff assistant called Ottawa and within 10 minutes he became suddenly disabled again.

Of course, the situation we have is one in which some distant medical officer makes a judgment unrelated to any direct human considerations, based largely on paper, and people are suffering as a result.

I have to tell you that I cannot help but be outraged at the histories of poor service, poor treatment, periods of as long as two years struggling to get disability pensions and the like, without a response, and not as a result of failure on the part of the staff to fulfil the needs, but quite evidently, apparently, because of inadequacies in staffing, or inadequacies in bureaucratic arrangements. I do not know what. So you have a situation in which people seriously doubt—and I can provide you with specifics—that these offices are there to serve the people, or whether they are there for just some symbolic use.

**Mr. Epp (Provencher):** Dr. McCurdy, I am going to have Dr. Maasland answer the first part in terms of the office. But just before he does, when you are talking about disability, you are talking about Canada Pension Plan applications, right? I will answer that after Dr. Maasland has taken the first question.

**Dr. D.E.L. Maasland (Assistant Deputy Minister, Income Security, Health and Welfare Canada):** Yes, Mr. Chairman. We have had a few problems in the Windsor office and I believe that our Assistant Director General responsible for Ontario region in fact has been to your constituency office, as in fact he has to all constituency offices in Windsor.

**Mr. McCurdy:** Can you speak up a little bit? When I cannot smoke I go deaf!

**An hon. member:** Oh, oh! Very good.

**Dr. Maasland:** On the matter of telephones, first of all, we have seen absolutely unprecedented increases in our

[Translation]

résultats divulgués le 1<sup>er</sup> avril. Dans l'intervalle, une ligne directe a été mise à l'essai. Malheureusement, cette ligne est occupée les deux tiers du temps. Comme vous le savez peut-être, puisque je vous ai envoyé des lettres parfois peu polies à cet égard, cette question m'exaspère franchement.

J'aimerais vous parler d'une autre question locale qui m'irrite. Je connais un homme qui est parfaitement invalide, si on se fie à la définition qu'on donne habituellement à ce terme; cependant on lui a refusé une indemnité d'invalidité. Mon adjoint a téléphoné à Ottawa et, quelle surprise, dix minutes plus tard on reconnaissait que cet homme était invalide.

Le problème est bien simple. Un médecin prend une décision sans tenir compte des facteurs humains, se fiant uniquement au document qu'on lui a remis. Pourtant, ces décisions font des victimes.

Je n'y peux rien; je trouve que la situation est monstrueuse quand on me parle de mauvais service, de mauvais traitement, de périodes d'attente allant même jusqu'à deux ans avant que les requérants puissent obtenir leurs pensions d'invalidité; on me dit qu'on attend très longtemps avant d'avoir une réponse. Ce n'est pas que les employés du service ne font pas leur travail; il est évident cependant qu'il n'y a pas suffisamment d'employés ou que le système n'est pas adéquat. Je ne sais pas vraiment quel est le problème. Ainsi, les intéressés—et je peux être plus précis si vous le désirez—se demandent sincèrement si ces bureaux ont été mis sur pied pour aider les gens ou plutôt s'ils ne sont pas simplement symboliques.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur McCurdy, je demanderai à M. Maasland de répondre à la première partie de votre question qui porte sur le bureau. Avant qu'il ne le fasse j'aimerais avoir une petite précision. Lorsque vous parlez d'invalidité, vous parlez des demandes présentées dans le cadre des dispositions du Régime de pensions du Canada, n'est-ce pas? Je répondrai à vos questions à ce sujet après que M. Maasland ait répondu à votre première question.

**Dr D.E.L. Maasland (sous-ministre adjoint, Sécurité du revenu, Santé et Bien-être social Canada):** Oui, monsieur le président. Nous avons éprouvé quelques problèmes à notre bureau de Windsor et, si je ne me trompe, notre directeur général adjoint responsable de la région de l'Ontario s'est rendu à votre bureau dans votre circonscription; de fait, il a visité tous les bureaux de la région de Windsor.

**M. McCurdy:** Pouvez-vous parler un tout petit peu plus fort? Quand je ne peux pas fumer, je n'entends pas très bien.

**Une voix:** Très drôle!

**Dr Maasland:** Pour ce qui est des téléphones, nous avons enregistré une augmentation sans précédent du nombre



[Texte]

telephone calls. This is not just because our normal workload is increasing by roughly 5% or so per year, which means about a 5% increase in our telephone calls each year, but it has been particularly true because of the changes that were implemented on January 1 of this year to the Canada Pension Plan.

We tried to take some of the load off our telephone systems by installing another 800 number than the one you mentioned, and that was essentially to divert a lot of the calls to a central place in Toronto. Indeed, that did take a lot of the load off our regular systems. Nevertheless, it is true that in several cities, the switches that we utilize are inadequate for the number of calls that are coming in. What we have done over the last year or 18 months is to instal new switches in a number of the larger centres: in Montreal, in Toronto, in Ottawa, in Vancouver. We have not done the same thing in Windsor as yet. But instead, what we have been doing over I believe about the last month is to divert the telephone traffic from Windsor proper to our Chatham regional office. And whilst it is true that one finds at the period of time the system is still somewhat overloaded, it is not quite as overloaded as it used to be.

• 1955

**Mr. McCurdy:** Is that attributable to that action, or to the fact that people have just got so ticked off by bad service they just refuse to call any more? We know a great many people are coming to our office who would otherwise attempt to get access by telephone. I cannot understand what logic there is in trying to improve service by having another telephone even further removed from the point of direct human contact than before.

**Dr. Maasland:** Our experience has been, in the offices where we have improved our switches. . . For example, particularly in the Montreal office, where in the past we used to lose up to 40,000 calls a day. . . and that is people calling repeatedly. Our experience now, with the new switches, is that people are able to get through; they are quite happy. We just got the results back from a survey. People are quite happy.

We have had a problem with the switch, and continue to have, in Windsor. But I think as soon as our guaranteed income supplement renewal season is over, it will be a great deal easier. It is difficult to have the capacity to deal with all events. That is, you cannot at all times have enough switches or personnel to give the service one would like to give. But I think there has been improvement.

On the appointment system, we introduced the appointment system last year in response to certain complaints people had in certain offices about waiting too

[Traduction]

d'appels à nos bureaux. Cette augmentation n'est pas simplement attribuable à l'augmentation annuelle d'environ 5 p. 100 de notre charge de travail. L'augmentation annuelle du nombre d'appels se chiffre habituellement à 5 p. 100. Cette augmentation extraordinaire est en partie attribuable aux changements qu'on a apportés au Régime de pensions du Canada et qui sont entrés en vigueur le premier janvier dernier.

Nous avons essayé de réacheminer certains des appels en ajoutant un autre numéro de téléphone 800 à celui dont vous avez parlé tout à l'heure; cela visait principalement à acheminer un bon nombre des appels à un bureau central à Toronto. Ainsi, moins de clients utilisaient notre système téléphonique normal. Néanmoins, il est vrai que, dans bon nombre de villes, notre système de commutation n'était pas adéquat compte tenu du nombre élevé d'appels. Au cours des 12 ou 18 derniers mois, nous avons ajouté d'autres téléphones dans nos bureaux des grands centres comme Montréal, Toronto, Ottawa et Vancouver. Nous n'avons pas encore apporté ces changements à Windsor. Cependant, depuis environ un mois, si je ne me trompe, une bonne partie des appels de Windsor sont acheminés à notre bureau régional de Chatham. Même s'il est vrai qu'à l'occasion le système est surchargé, la situation s'est vraiment améliorée.

**M. McCurdy:** Cette amélioration est-elle attribuable aux mesures que vous avez prises? Se pourrait-il simplement que les gens refusent d'appeler puisqu'ils savent que le service n'est pas bon? Beaucoup de gens s'adressent maintenant à mon bureau plutôt que d'appeler directement chez vous. À mon avis, il n'est pas logique d'essayer d'améliorer le service en installant un autre téléphone à un bureau qui se trouve encore plus loin des personnes à qui le service est destiné.

**Dr Maasland:** Nous avons constaté dans les bureaux où nous avons amélioré le système de commutation. . . Par exemple, au bureau de Montréal, près de 40,000 appels par jour n'étaient pas acheminés. . . Il s'agissait de personnes qui appelaient plusieurs fois. Depuis que nous avons installé le nouveau système, ces personnes peuvent entrer en communication avec nos employés; elles sont très heureuses du service. Nous avons procédé à un sondage dont nous venons d'obtenir les résultats; les gens sont satisfaits.

Nous avons éprouvé et éprouvons toujours des problèmes avec le service téléphonique de Windsor. À mon avis, dès que la période de renouvellement des demandes de supplément de revenu garanti aura pris fin, les choses se tasseront. Il est difficile d'avoir suffisamment de téléphones pour parer à toutes les éventualités. Il est impossible de toujours avoir suffisamment de téléphones ou d'employés pour assurer les services que vous voudriez offrir. Je crois cependant qu'il y a eu certaines améliorations.

Pour ce qui est des rendez-vous, nous avons mis sur pied un système l'année dernière, car certains se plaignaient d'avoir attendu trop longtemps au bureau avant de



[Text]

long. We had, in fact, waiting periods of up to two hours in certain locations. While it is still possible—and a lot of people use this—just to come into the office and wait your turn, we instituted an appointment system for people who want to do that. The appointment can be made by going to the office or by calling; if you can get through.

**Mr. McCurdy:** Of course, you appreciate that if you cannot get through on the telephone. . .

**Dr. Maasland:** Now just a very brief comment on the seven individuals we had hired in the Windsor office. These were mainly hired in response to the expected workload increase because of the Canada Pension Plan; a workload that in fact materialized. These people were clearly hired on a term basis until the end of the fiscal year, and we had to have let them go after that period.

**Mr. Epp (Provencher):** About the CPP disability, Dr. McCurdy, as you know, the act is very specific that the disability has to be both severe and long-term. There is no question that we get a number of requests from people who know they have paid into the Canada Pension Plan and have no other source of income, so they try to access the Canada Pension Plan and the disability features of it.

I have met with the Chairman of the Advisory Board on the Canada Pension Plan and raised this matter with him, because I have been concerned. . . not only as a Minister, but as a Member of Parliament, I have run into the very same thing. I said I would like them to re-examine that. Should we make changes? If there are any changes needed to the act, I do not want to project at all that those are easy. We would have to have provincial agreement. There are a lot of things that would have to be done. They are examining that, but I have not yet had a report back as to what their advice might be. But keep in mind that it is a very tight act with disability.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Mr. Minister, I want to throw a bouquet to you, a bouquet of tulips, in fact—they are probably appropriate at this time of the year—because I think you run a good department. But the reason you do that is that you have good managers, many of whom live in my riding. One of them may be Mr. Ian Green; and I wish him well in his new role as an ADM.

• 2000

I have three areas I want to question on. One is in research and development, in a broad sense. I understand that an interdepartmental committee has been set up to look at more efficient ways of using federal research money, essentially, I assume, to look at the left hand-right

[Translation]

pouvoir rencontrer un responsable. À certains bureaux, il fallait parfois attendre près de deux heures. Même s'il est possible—et plusieurs personnes le font—de simplement se présenter à un bureau et d'attendre son tour, nous avons mis sur pied un système de rendez-vous pour ceux qui préfèrent procéder de cette façon. On peut prendre rendez-vous en se rendant au bureau ou en y téléphonant, si vous pouvez entrer en communication avec le bureau.

**M. McCurdy:** Évidemment, s'il était possible d'obtenir une réponse au téléphone. . .

**Dr. Maasland:** J'aimerais dire quelques mots très rapidement sur les sept employés que nous avons embauchés au bureau de Windsor. Ces nouveaux employés ont été embauchés car nous prévoyons une augmentation de la charge de travail en fonction des modifications apportées au Régime de pensions du Canada; cette augmentation s'est d'ailleurs produite. Ces personnes ont été embauchées à contrat jusqu'à la fin de l'année financière; nous avons dû les remercier à ce moment-là.

**M. Epp (Provencher):** Pour ce qui est de la pension d'invalidité prévue dans le RPC, monsieur McCurdy, comme vous le savez, la loi précise qu'il doit s'agir d'une invalidité grave et à long terme. Nous recevons des demandes de personnes qui ont cotisé au Régime de pensions du Canada et qui, puisqu'elles n'ont aucune autre source de revenu, cherchent à obtenir des prestations dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du programme d'invalidité connexe.

J'ai rencontré le président du comité consultatif du Régime de pensions du Canada et je lui ai parlé du problème, car je me préoccupe. . . Je suis conscient de ce problème non seulement à titre de ministre mais également à titre de député. Je lui ai dit que j'aimerais qu'on réétudie la question. Devrions-nous apporter des modifications. S'il faut apporter des modifications à la loi, il ne faut pas croire que cela sera facile. Il faut obtenir l'approbation des provinces. Toutes sortes de choses doivent être faites. On étudie actuellement la question, mais je n'ai pas encore reçu de rapport là-dessus. N'oubliez cependant pas que les dispositions de cette loi qui porte sur l'invalidité sont très précises.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Monsieur le ministre, j'aimerais vous lancer des fleurs, peut-être des tulipes parce que c'est le bon moment de l'année pour le faire. Je crois que vous administrez un bon ministère. Cela s'explique facilement puisque vous avez de bons gestionnaires, dont un bon nombre vivent d'ailleurs dans ma circonscription. Il suffit de penser à M. Ian Green, à qui je souhaite beaucoup de chance puisqu'il vient d'être nommé sous-ministre adjoint.

Je voudrais poser des questions à trois sujets. Il paraît qu'un comité interministériel a été créé pour étudier la façon d'utiliser au mieux les crédits fédéraux de la recherche, c'est-à-dire essentiellement essayer de supprimer les doubles emplois. Ainsi, il se peut fort bien

[Texte]

hand situations, eliminate overlap and repetition that might be going on in other areas. I think of things Agriculture Canada might be doing, or the Medical Research Council through hospitals and universities, or the National Research Council through biotechnology research, and your department. I wonder if you could explain to us what efforts your department has pursued to reduce and to co-operate with this potential problem of what I would call wasting funds, where there may be overlap and repetition being done through various departments.

**Mr. Epp (Provencher):** I cannot give all the details because I do not have them at hand and I do not think they have yet been worked out, but I can say this.

First, there has been the argument that there has been an overlap and in some cases money could have been spent more wisely—or more “smartly” is the term that is often used.

Keep in mind that my colleague, the Minister of Science and Technology, as well as the Secretary of State, and I, who have the three major funding councils, were mandated, given a responsibility to come forward with five-year plans, and also in terms of the co-ordination. The co-ordination is being done. Part of it was also the plan of the matching funds, which is also part of the plan, and also in respect to any overlap. I really cannot give it to you any more specifically than that and I apologize for that, but those are the three areas we have been working in very carefully.

The presidents of the councils have been given the mandate not only to co-operate with each other but also to put forward submissions—for example, equipment submissions—jointly now, rather than a submission to Treasury Board, say, from NSERC quite apart from SSHRC or apart from MRC so when an equipment request is made to Treasury Board it will be co-ordinated through the three granting councils so Treasury Board has before it an overall view of what kind of request, let us say, for equipment the three granting councils would make for that year.

That is the type of co-ordination that has been put into place right now. I do not know if I have answered your question. . . ?

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You have partly. I think the government is heading more towards co-operative efforts. Will that be co-ordinated through Treasury Board or through the Ministry of State for Science and Technology?

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, it is the Ministry of State for Science and Technology, even though, just from my own field, MRC, we are keeping a very close tab on it through MRC and anything that goes forward that affects us we want to be part of. That is new because there is now a co-ordinating MOSST operation, and yet we obviously want to see how any policy change might take place and how it might affect us at MRC.

[Traduction]

que certains travaux soient exécutés simultanément par le ministère de l'Agriculture, par le Conseil de recherches médicales, par le Conseil national de recherches ainsi que par votre propre ministère. Pourriez-vous nous dire ce que vous comptez faire pour réduire ces doubles emplois afin d'économiser les crédits ainsi gaspillés.

**M. Epp (Provencher):** Il m'est impossible de vous répondre en détail, mais je pourrais néanmoins vous apporter certaines précisions.

Certaines personnes sont effectivement d'avis qu'il y a eu des doubles emplois et que certains crédits auraient donc pu être dépensés à meilleur escient.

Or il ne faut pas oublier que le ministre des Sciences et de la Technologie, le Secrétariat d'État et moi-même, étant chargés des trois principaux conseils qui accordent des bourses, sommes censés élaborer des plans quinquennaux et assurer la coordination des travaux. Ce qui a été fait. Nous devons en outre veiller aux subventions paritaires et essayer d'éviter les doubles emplois dans toute la mesure du possible. C'est tout ce que je peux vous en dire pour le moment.

Les présidents des différents conseils sont censés non seulement coopérer mais également soumettre conjointement des demandes d'équipement au Conseil du Trésor, de façon à ce que ce dernier puisse avoir une vue d'ensemble sur les crédits d'équipement qui sont accordés pour l'année financière en cours par les trois conseils chargés d'accorder les subventions.

Voilà le type de coordination que nous avons mis en place. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Oui en partie. Le gouvernement prendra davantage vers la coopération, il me semble. Cette coordination sera-t-elle assurée par le Conseil du Trésor ou par le ministère d'État chargé des Sciences et de la Technologie.

**M. Epp (Provencher):** Elle sera assurée par le ministre chargé des Sciences et de la Technologie; toutefois, le Conseil de recherches médicales suivra de très près tout ce qui se fera dans ce domaine. Car il est essentiel que nous soyons tenus au courant de tout changement d'orientation adopté par le ministre d'État chargé des Sciences et de la Technologie, qui pourrait avoir des retombées pour nous.



[Text]

One thing is very clear in the medical community. I am not trying to hang on to turf in the old classical turf wars that sometimes take place in government, but they very much want to see MRC as a component part of Health and Welfare, as being tied into MOSST.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Okay.

My second question might be somewhat hypothetical, but I think we are evolving towards this as a country, and that is in the area of mandatory retirement being age 65. If that is abolished within the public service, the government has to respond to that initiative fairly soon, and I have heard it may be by this fall. If they do that, what financial impact might that have on your ministry? Can you assess that? Let us assume that it is abolished: would public servants who work beyond the age of 65 still be able to receive the old age security?

**Mr. Epp (Provencher):** It is hypothetical, but it is also real. Let me just give you some very quick details.

• 2005

Since the coming into effect of the Charter, people have argued whether a mandatory retirement age would be sustained if there were a court challenge. I can only go on the basis of present knowledge, which is that to this point the mandatory retirement has been sustained for purposes of social programs in Health and Welfare. Keep in mind that the Canada Pension Plan came in with flex retirement, based, though, really on a pro-rated return, depending on the age of the person applying for the pension, between age 60 and 70. Whatever changes there would be in the Public Service, Mr. Turner, I would think would be brought forward by the President of the Treasury Board as a general global response by government rather than from any individual line Minister such as myself. I am not trying to duck the question, but I think that would be the approach.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** If the government brought that forward through the Treasury Board, would you see employees over the age of 65 getting the Old Age Security Pension?

**Mr. Epp (Provencher):** Yes.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** You would see them getting it as well as a full salary from the government?

**Mr. Epp (Provencher):** There is no bar today that—what is called “past-the-post”—once a person has achieved the age of 65, regardless of what he or she does, or any income—it could be from a salary, it could be from a dividend, it could be from a rental property, whatever—that person is entitled to the Old Age Pension.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** Right.

**Mr. Epp (Provencher):** Excuse me, I should say as well that we now have some people over the age of 65—we will not identify them—with the department.

[Translation]

Il ne s'agit plus désormais de lutter pour défendre chacun notre chapelle car à l'avenir le Conseil de recherches médicales deviendra une partie intégrante du ministère de la Santé et du Bien-être et aurait également des liens avec le ministre d'État chargé des Sciences et de la Technologie.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord.

Je voudrais maintenant vous poser une question au sujet de l'âge de la retraite obligatoire fixée actuellement à 65 ans. Si l'âge de la retraite est aboli pour la fonction publique, il va falloir que le gouvernement réagisse rapidement et peut-être dès l'automne prochain. Quelle en serait l'incidence pour votre ministère? Si les fonctionnaires pouvaient continuer à travailler au-delà de 65 ans, est-ce qu'ils pourraient toucher en même temps des prestations de sécurité de la vieillesse.

**M. Epp (Provencher):** C'est pour le moins une question hypothétique mais je vais essayer d'y répondre.

Depuis l'entrée en vigueur de la Charte, certains doutent de la validité juridique de l'âge de la retraite obligatoire en cas de contestation devant les tribunaux. Je ne peux me référer qu'à la situation actuelle, à savoir que jusqu'à présent dans le cadre des programmes sociaux de la Santé et du Bien-être, ce principe de retraite obligatoire n'a pas été contesté. N'oubliez pas que le Régime de pensions du Canada est fonction du nombre d'années d'emploi et que les prestations sont calculées au prorata au moment de la demande entre 60 et 70 ans. J'estime, monsieur Turner, que, si modifications il doit y avoir dans la Fonction publique, elles devraient être proposées par le président du Conseil du Trésor au nom du gouvernement plutôt que par un simple ministre comme moi. Ce n'est pas une esquivé de ma part, c'est ainsi que je vois plutôt la chose.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Si le Conseil du Trésor le proposait au nom du gouvernement, les employés de plus de 65 ans recevraient-ils les prestations de sécurité de la vieillesse?

**M. Epp (Provencher):** Oui.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Selon vous, ils les percevraient en plus de leur salaire versé par le gouvernement?

**M. Epp (Provencher):** Aujourd'hui, toute personne ayant dépassé 65 ans, quelle que soit son occupation, quel que soit son revenu—qu'il s'agisse de salaire, de dividende, de loyer, etc.—a droit aux prestations de sécurité de la vieillesse.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** D'accord.

**M. Epp (Provencher):** Excusez-moi, mais je devrais également ajouter que nous comptons actuellement au ministère des personnes de plus de 65 ans—je ne les nommerai pas.



[Texte]

An hon. member: Not here.

Mr. Epp (Provencher): —and it is not the Minister either!

Mr. Turner (Ottawa—Carleton): Mr. Chairman, would you entertain a question in the area of fitness and amateur sport?

Mr. Epp (Provencher): If I cannot answer it, I will say so.

Mr. Turner (Ottawa—Carleton): Okay.

The planned spending for this fiscal year is \$45.8 million, which is actually a decrease. I understand that a certain amount of the sale of Olympic coins, called "seniorage" is targeted towards funding the Olympic games. I have heard the figure upwards of \$16 million, which is obviously not included in the estimates here. If that seniorage goes towards financing the Olympic games, would you call that a targeted tax? Is that a precedent?

Mr. Epp (Provencher): Sir, I really cannot answer that. In the first committee I ever sat on, which was called the Miscellaneous Estimates at the time, and I believe still is, we discussed the Montreal Olympics and the financing of it, the stamps, the coins. We had the then mayor of Montreal come before us and he made certain medical advances in terms of his statements, but suffice it to say that there was a certain projected amount of money to be raised.

With the Calgary Olympics, the federal government said that it would raise moneys in certain ways, one of which was through the coinage, the seniorage, but that the it would commit itself up front to a cost factor of \$200 million.

Mr. Turner (Ottawa—Carleton): So the seniorage then is a recovery route for a portion of that \$200 million?

Mr. Epp (Provencher): That is how I understand it.

Mr. Turner (Ottawa—Carleton): Do you call it a targeted tax though?

Mr. Epp (Provencher): You would have to ask Mr. Wilson about that.

Mr. Turner (Ottawa—Carleton): I will.

One last quick comment. You mentioned the National Drug Strategy, which you hope to have announced in early June.

Mr. Epp (Provencher): We are planning to be in Vienna, I think it is the third week of June, when the International Conference on Drug Abuse is to take place, at which time Canada intends to sign the Psychotropic Convention, which we helped formulate back in 1971 but we have never signed. It is my intention to announce the national drug strategy prior to going to Vienna. I believe it

[Traduction]

Une voix: Pas ici.

M. Epp (Provencher): ... et ce n'est pas le cas du ministre!

M. Turner (Ottawa—Carleton): Monsieur le président, me permettez-vous de poser une question concernant le conditionnement physique et le sport amateur?

M. Epp (Provencher): Si je ne peux y répondre, je vous le dirais.

M. Turner (Ottawa—Carleton): Très bien.

Les dépenses prévues pour cette année financière sont de 45,8 millions de dollars ce qui correspond en réalité à une diminution. Je crois comprendre qu'un certain pourcentage de la vente des pièces olympiques correspondant au «droit de tirage» doivent servir à financer les Jeux olympiques. J'ai entendu citer le chiffre de 16 millions de dollars, somme qui de toute évidence n'est pas incluse dans ce budget. Si ce droit de tirage doit servir à financer les Jeux olympiques n'est-ce pas un impôt déguisé? Est-ce un précédent?

M. Epp (Provencher): Monsieur, je ne suis pas vraiment en mesure de vous répondre. Dans le premier comité dont j'ai été membre, qui s'appelait le Comité des prévisions budgétaires en général et qui s'appelle toujours ainsi, je crois, nos discussions portaient sur les Jeux olympiques de Montréal et leur financement à l'aide de l'émission de timbres et de pièces. Nous avions reçu le maire de Montréal qui nous a tenu des propos assez alambiqués, dirons-nous, pour nous convaincre de la nécessité d'une certaine méthode de financement.

Pour les Jeux olympiques de Calgary, le gouvernement fédéral a proposé, entre autres méthodes de financement, celle du droit de tirage sur les pièces tout en s'engageant dès le départ à débloquer 200 millions de dollars.

M. Turner (Ottawa—Carleton): Ces droits de tirage doivent donc servir à récupérer une partie de ces 200 millions de dollars?

M. Epp (Provencher): C'est mon impression.

M. Turner (Ottawa—Carleton): N'est-ce pas pour autant une forme d'impôt déguisé?

M. Epp (Provencher): Il faudrait poser la question à M. Wilson.

M. Turner (Ottawa—Carleton): Je le ferai.

Un dernier petit commentaire. Vous avez parlé d'une stratégie nationale de lutte contre la drogue que vous espérez pouvoir annoncer début juin.

M. Epp (Provencher): Nous comptons participer pendant la troisième semaine de juin, sauf erreur, à la Conférence internationale sur l'abus des drogues qui doit avoir lieu à Vienne et au cours de laquelle le Canada a l'intention de ratifier la Convention psychotropique à la formulation de laquelle nous avons participé en 1971 mais que nous n'avons jamais ratifiée. Mon intention est

[Text]

should be done in Canada rather than being announced at some international forum.

**Mr. Turner (Ottawa—Carleton):** All right. Thank you, sir.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Turner.

**Mr. Reimer:** Mr. Minister, I would like to ask you some questions, if I may, on an issue on which, I know, your personal views may be the same as my own, but I would like to ask you a few questions in the time allotted to me for the sake of the record.

• 2010

The topic is abortion and health. The Criminal Code permits an abortion if there is a therapeutic abortion committee in an accredited hospital that determines that the life or the health of the mother would or would likely be endangered if the pregnancy continued. I think with the level of health care we have today, the knowledge we have and the medical technology, the number of abortions that are carried out for life are very few indeed. Therefore, we are looking really at the vast majority for health or for something else. Since 1968-69, the number of abortions, for what I would say health or something else, have increased dramatically and then levelled off in the mid-60,000 range, without counting the abortion clinics.

So I would like to ask, have we discovered a new health problem since 1968-69; or to express it perhaps in a tongue-in-cheek way, are Canadian women in some way less healthy, or less able to bear children today than they were prior to 1968? Or is health in fact an issue in approving abortions? Or are abortions really being done for other reasons; that they are rarely for life, to save the life of the mother; and, two, that they are not really a health issue either?

**The Chairman:** Mr. Minister.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, that is a very difficult area, and I can only give some general responses, and I give them as Minister of Health.

We all know about the changes in 1969 to the Criminal Code and the setting up of the therapeutic abortion committees. The purpose was that if the health considerations were convincing enough to the committee, then a therapeutic abortion could of course be authorized.

I would think, Mr. Reimer, the definition of health since 1969 for the purposes of abortion committees, in some cases, and I have to put that caveat in, has broadened beyond what was at least conceded by some people who

[Translation]

d'annoncer cette stratégie nationale de lutte contre la drogue avant mon départ pour Vienne. J'estime préférable d'annoncer cette stratégie au Canada plutôt que dans le cadre d'une réunion internationale.

**M. Turner (Ottawa—Carleton):** Très bien. Merci, monsieur.

**Le président:** Merci, monsieur Turner.

**M. Reimer:** Monsieur le ministre, j'aimerais vous poser quelques questions, avec votre permission, sur un sujet sur lequel il y a, je crois, concordance de vues entre nous deux, mais j'aimerais profiter du temps qui m'est imparti pour vous poser quand même quelques questions afin que ce sujet figure au compte rendu de la réunion.

Il s'agit des motifs de santé invoqués pour les avortements. Le Code criminel autorise l'avortement dans les cas où un comité thérapeutique d'avortement dans un hôpital agréé conclut que la poursuite de la grossesse est susceptible de mettre en danger la vie ou la santé de la mère. Je crois que, compte tenu de la qualité des services de santé actuels, de nos connaissances et de la technologie médicale, le nombre d'avortements justifiés par des raisons de survie est très limité. En conséquence, la grande majorité de ces avortements sont en réalité pratiqués pour des raisons de santé ou pour d'autres raisons. Depuis 1968-1969, le nombre d'avortements, pour des raisons, selon moi, de santé ou autres, a augmenté d'une manière spectaculaire puis s'est stabilisé aux environs de 60,000 sans compter les avortements dans les cliniques d'avortement.

J'aimerais donc poser la question suivante: Avons-nous découvert un nouveau problème médical depuis 1968-1969; ou, si je peux me permettre de faire un peu d'ironie, les Canadiennes sont-elles en moins bonne santé, ou moins aptes à la procréation aujourd'hui qu'elles ne l'étaient avant 1968? Est-ce la santé qui est le facteur déterminant ou est-ce pour d'autres raisons, en réalité, que ces avortements sont autorisés? Premièrement, il est rare qu'ils soient autorisés parce que la vie de la mère est en danger et, deuxièmement, ils ne sont pas vraiment dictés par des raisons de santé, n'est-ce pas?

**Le président:** Monsieur le ministre.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, c'est une question très délicate; je ne peux vous donner que des réponses générales et je vous les donne en ma qualité de ministre de la Santé.

Nous connaissons tous les modifications apportées en 1969 au Code criminel, qui sont à l'origine de la création des comités thérapeutiques d'avortement. La fonction de ces comités était d'autoriser un avortement thérapeutique sur la base de considérations sanitaires suffisamment convaincantes.

Je dirais, monsieur Reimer, que les limites de la définition des considérations sanitaires depuis 1969 aux fins des comités d'avortement, dans certains cas, et je me dois d'ajouter cette réserve, ont été repoussées au-delà de



[Texte]

moved the amendments in 1969. In other words, the practical expression of health as meeting the 1969 changes to the Criminal Code today are possibly more widely interpreted by some therapeutic abortion committees than possibly some of the drafters of the changes to the 1969 Criminal Code. . . I have spoken to some who were involved in that debate in 1969. Those conversations took place well before I was Minister of Health.

I cannot really go much beyond that, Mr. Reimer. I cannot speak about whether there is a new health situation or new circumstances, other than to say that the word "health" is interpreted, I believe, by the therapeutic abortion committees along the general lines I gave to you at this time.

**Mr. Reimer:** If I may just pursue it a little further, in the Kitchener-Waterloo Hospital, where I was a board member for eight years, we did a study at that hospital of the reasons for the abortions. And in that hospital we were doing about one-third to 40% of the cases brought to the doctors within that community, so we were not really carrying out all of them that could have been carried out.

They used the World Health Organization definition of health, which I do not have in front of me, but I think it says that it is not merely the absence of physical disease or infirmity, but also social, economic, and psychological health. We then found that 66 different combinations of the word "health" were used in one year for the abortions carried out at Kitchener-Waterloo Hospital. So I agree with you that the word "health" was expanded considerably.

Maybe if I can ask another question on the same topic. If we look at the development of medical knowledge and health care of the unborn and of the fetus and of a pregnant woman, we are surely pushing back from birth, back towards conception, our knowledge about the developing human being within the mother's womb. And yet why is it that the behaviour of our medical people across the country apparently is going the other way? Our knowledge is suggesting that more and more we are dealing with a person who is in fact a person, and could live outside of the womb more easily than before. Our knowledge is going further and further back with respect to vital signs of life. And yet it appears that our action is going the opposite way. Why?

• 2015

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, on the World Health Organization definition, Dr. Law who has a lot of experience with the World Health Organization, as you recognize, informs me that the word "economic" is not part of the definition, but "social well-being" is.

[Traduction]

ce que certains de ceux qui avaient proposé ces amendements en 1969 avaient envisagé. Autrement dit, cette définition de considérations sanitaires correspondant aux modifications de 1969 du Code criminel est interprétée d'une manière beaucoup plus large par certains comités thérapeutiques que certains de ceux qui avaient proposé ces modifications en 1969 au Code criminel. . . J'ai parlé à certains de ceux qui ont participé à ce débat en 1969. J'ai eu ces conversations bien avant que je ne devienne ministre de la Santé.

Je ne peux pas vraiment vous en dire plus, monsieur Reimer. Je ne peux pas vous dire s'il existe une situation nouvelle ou des circonstances nouvelles, tout ce que je peux vous dire c'est que l'expression «considérations sanitaires» est interprétée, je crois, par les comités thérapeutiques de la manière que je viens de vous mentionner.

**M. Reimer:** J'aimerais encore ajouter un mot ou deux à ce sujet. À l'hôpital de Kitchener-Waterloo, dont j'ai été membre du conseil d'administration pendant huit ans, nous avons fait une étude sur les motifs d'avortement. Et cet hôpital n'était concerné que par 30 à 40 p. 100 des demandes relayées par les médecins de cette collectivité, ce qui signifie qu'il était loin d'avoir la responsabilité de tous les avortements.

Ils utilisaient la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, que je n'ai pas avec moi, mais qui, si je ne m'abuse, dit qu'il ne s'agit pas simplement de l'absence de maladies physiques ou d'infirmités mais également de santé sociale, économique et psychologique. Nous avons alors constaté que 66 composés différents du mot «santé» avaient été utilisés en un an pour les avortements pratiqués à l'hôpital de Kitchener-Waterloo. Je suis donc d'accord avec vous lorsque vous dites que les limites de la définition du terme «santé» ont été considérablement étendues.

J'aimerais poser une autre question sur ce même sujet. Compte tenu de l'évolution des connaissances médicales et de la santé de l'embryon, du fœtus et de la femme enceinte, il est certain que nous avons repoussé notre connaissance du développement de l'être humain dans le ventre de la mère jusqu'au tout début de la conception. Dans ce cas, comment se fait-il que tous nos professionnels de la santé aient un comportement en apparence opposé? Nos connaissances nous démontrent de plus en plus qu'il s'agit d'un être qui est en fait une personne et qui pourrait vivre à l'extérieur de la matrice beaucoup plus facilement qu'auparavant. Nos connaissances repoussent de plus en plus loin l'apparition des signes vitaux de vie. Et pourtant, il semble que dans nos actes nous faisons le contraire. Pourquoi?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, pour ce qui est de la définition de l'Organisation mondiale de la santé, M<sup>me</sup> Law qui connaît très bien cette organisation, comme vous devez le savoir, m'informe que le terme «économique» ne figure pas dans cette définition mais qu'il y est question de «bien-être social».



[Text]

**Mr. Reimer:** Okay.

**Mr. Epp (Provencher):** I just want to make that clear because that would make substantial difference as well in terms of some interpretations.

**Mr. Reimer:** All right.

**Mr. Epp (Provencher):** Respecting fetology, or the practice of medicine on the unborn, there is no question, Mr. Reimer, that the frontier of knowledge is being pushed back almost daily one could say. All I can say, if you are angling toward would there be a change recommended by the Ministry of Health or by the Minister of National Health and Welfare in respect to changes to the Criminal Code, I think our former Minister of Justice as well as the present one, as well as the Prime Minister, have said quite clearly that the government is not contemplating any change or amendment to that section of the Criminal Code.

**Mr. Reimer:** May I turn to another topic very briefly?

**The Chairman:** Yes, you may.

**Mr. Reimer:** During the election campaign we talked about home-makers' pensions. Could you give us any comments on where we stand with that at this time?

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, Mr. Reimer. Mr. Chairman, the home-makers' pension, as I have indicated to the committee earlier, is part of the further ongoing study of the federal-provincial committee respecting further changes to the Canada Pension Plan. The last word I have is that they are still on target and we should have that report in my hands sometime in late summer.

**Mr. Reimer:** Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Reimer. Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. I have only two questions for the Minister. The first has to do with AIDS. I notice that part of the increase in the overall department budget this year is \$7.7 million for the implementation of an enhanced federal program on AIDS. I am wondering if we could have an update on the latest figures of Canadians affected, and perhaps a short update on how the program is going.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I will give those figures. As members of the committee possibly are aware, we get figures every Monday now. Today's figures are available. This morning we had 1,000 cases reported. Since AIDS has been reported to the Department of National Health and Welfare, of those 1,000 there have been 502 deaths, 498 are alive. And the incidence of AIDS per million, which is possibly our best measurement, is highest in British Columbia at approximately 75 cases per million; Quebec, approximately 45 cases per million;

[Translation]

**M. Reimer:** D'accord.

**M. Epp (Provencher):** Je tenais à vous le signaler car c'est une différence importante en matière d'interprétation.

**M. Reimer:** Très bien.

**M. Epp (Provencher):** En matière d'embryologie, il est incontestable, monsieur Reimer, que la frontière des connaissances est repoussée pour ainsi dire sur une base quotidienne. Tout ce que je peux vous dire, si la question que vous essayez de poser est de savoir si le ministre de la Santé ou le ministre de la Santé et du Bien-être a l'intention de recommander des modifications au Code criminel, c'est que le ministre actuel de la Justice, tout comme son prédécesseur, ainsi que le Premier ministre, ont clairement dit que le gouvernement n'envisageait de proposer ni modification ni amendement à cette partie du Code criminel.

**M. Reimer:** Puis-je passer très brièvement à un autre sujet?

**Le président:** Oui.

**M. Reimer:** Pendant la campagne électorale nous avons parlé de pensions de retraite pour les travailleurs au foyer. Pouvez-vous nous dire où en est ce dossier à l'heure actuelle?

**M. Epp (Provencher):** Oui, monsieur Reimer. Monsieur le président, la question de la pension de retraite des travailleurs au foyer, comme je vous l'ai déjà indiqué précédemment, figure dans l'étude sur les éventuels changements apportés au Régime de pensions du Canada réalisée actuellement par un Comité fédéral-provincial. Aux dernières nouvelles, il n'y a pas de retard dans le calendrier et je devrais avoir ce rapport en mains d'ici la fin de l'été.

**M. Reimer:** Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Reimer. Monsieur White.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Je n'ai que deux questions à poser au ministre. La première concerne le SIDA. Je remarque qu'une partie de l'augmentation du budget global du ministère cette année comprend 7,7 millions de dollars destinés à la mise en oeuvre d'un programme fédéral sur le SIDA. Pourrions-nous avoir les derniers chiffres concernant le nombre de Canadiens affectés par cette maladie et un petit rapport sur la progression de ce programme?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je vais vous donner ces chiffres. Comme vous le savez peut-être, désormais ces chiffres nous seront communiqués tous les lundis. Nous avons les chiffres d'aujourd'hui. Ce matin, le nombre de cas signalés se montait à 1,000. Depuis que les cas de SIDA sont rapportés au ministère de la Santé nationale et du Bien-être nous comptons 1,000 patients atteints dont 502 sont morts et 498 sont encore en vie. L'incidence du SIDA par million, qui est invraisemblablement la meilleure mesure, est la plus

[Texte]

Ontario, approximately 41 cases per million; dropping off to zero in the Province of Prince Edward Island.

**Mr. White:** And how is the federal program going at the moment?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I appeared before the committee earlier and, as you know, we have discussed the five-year plan and the \$39 million. I have said quite clearly that if we have to increase that amount of money, we will do so.

I appreciate the work the committee did on its own report in respect to what they saw or thought would be necessary for AIDS. I have no question in my mind, sir, that we will have to increase the funding on AIDS as a government, as a society. The question is how, and where, and through what auspices?

• 2020

I also make mention, for example, that just over a week ago my colleague, the Minister Responsible for International Development, The Honourable Monique Landry, and I announced a \$5 million contribution to the World Health Organization. They are looking at a \$37 million U.S. program, of which Canada has contributed \$5 million Canadian to that program worldwide. There is no doubt, sir, that as we take a look at our briefings—if any members of committee want to have the latest update, we have a briefing on what we know in terms of world incidents.

But we know that there are African countries where the incidence of the virus is extremely high. If you do not mind, I would prefer not to give the countries' names, but we have incidents of where the military forces in one country—possibly up to 50% of the entire force is infected. In another country, possibly up to 25% of the population has been in contact with the virus. What this means in terms of international aid and development, where the world has been trying to help these people as they struggle individually to improve their condition, economic, social, health, whatever... This illness has a devastating potential in terms of any advances that have been made, and so Canada has contributed to the World Health Organization in that way. I hope to get a further update when I go to the World Health Assembly annual meeting on Friday of this week.

So I have no doubt, sir, that in terms of our program there will have to be an increase. In respect to research, we made money available for research, Mr. White. We gave some of it to the Peer Review Committee and said, here is the money. Some of it was not used because, in terms of Peer Review, they thought that we had to develop the protocols and the conditions a little more adequately.

[Traduction]

élevée en Colombie Britannique avec environ 75 cas par million; le Québec, environ 45 cas par million; l'Ontario, environ 41 cas par million, pour retomber à zéro à l'Île-du-Prince-Édouard.

**M. White:** Où en est le programme fédéral à l'heure actuelle?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, comme vous le savez, j'ai déjà comparu devant votre Comité et nous avons discuté de ce plan quinquennal et du budget de 39 millions de dollars. Je n'ai pas hésité un instant à vous dire que, s'il nous fallait augmenter cette somme, nous le ferions.

Je vous suis reconnaissant du rapport que vous avez réalisé sur le SIDA et des conclusions ou des recommandations qu'il contient. Je ne doute pas un instant, monsieur, de la nécessité en tant que gouvernement, en tant que société, d'augmenter le financement des travaux sur le SIDA. La question est de savoir comment, où et sous quels auspices?

Je vous rappellerais également, à titre d'exemple, qu'il y a un peu plus d'une semaine ma collègue, le ministre responsable du Développement international, l'honorable Monique Landry, et moi-même avons annoncé une contribution de cinq millions de dollars à l'Organisation mondiale de la Santé. Le programme envisagé est de 37 millions de dollars américains et la contribution du Canada à ce programme mondial est de cinq millions de dollars canadiens. Il ne fait aucun doute, monsieur, à la lecture des derniers renseignements—si vous voulez avoir les derniers renseignements, nous avons un document donnant tous les chiffres connus sur le plan mondial.

Nous savons qu'il y a des pays africains où l'incidence de ce virus est extrêmement élevée. Si cela ne vous dérange pas, je préférerais ne pas donner le nom des pays, mais nous avons l'exemple d'un pays où pratiquement 50 p. 100 des forces armées sont contaminées. Dans un autre pays, on estime à 25 p. 100 le chiffre de la population ayant été en contact avec le virus. Ce que cela signifie en termes d'aide internationale et de développement, là où le monde a essayé d'aider ces gens qui luttent individuellement pour améliorer leur condition économique, sociale, sanitaire etc... cette maladie a un potentiel dévastateur en ce qui concerne les progrès réalisés et le Canada apporte donc sa contribution à l'Organisation mondiale de la Santé de cette manière. J'espère obtenir des renseignements encore plus précis lors de ma participation vendredi à la réunion annuelle de l'Assemblée mondiale de la santé.

Je ne doute donc pas un instant, monsieur, de la nécessité d'une augmentation du financement de notre programme. Pour ce qui est de la recherche, nous avons dégagé des fonds, monsieur White. Nous en avons donné une partie au Comité d'examen par les pairs, à qui nous avons dit: voilà l'argent. Une partie de cet argent n'a pas été utilisé parce que ce Comité a estimé qu'il nous fallait



**[Text]**

But this year we are spending substantially more on research than we had in the previous year.

In respect to public awareness, I do not have to tell you about the situation that developed with the Canadian Telecasters' Committee. I should say this, that we have now met with the Canadian Association of Broadcasters. A spokesman for the CAB has said we have to become more aggressive as a society and they as communicators. I welcome that kind of a comment. We also know, for example, what has happened in Quebec recently in terms of their attempt to bring forward an educational program. We know about other provinces. I will not reiterate that.

There is no doubt, Mr. Chairman, that this whole question in respect to AIDS, and the best response, has to be both a national one and an international one. And we believe we are co-operating as much as is possible on both fronts. But I will be back to the committee. I have no doubt in my mind that this is an almost daily developing situation, and not only are we monitoring it, we have to respond to it.

**The Chairman:** Thank you Mr. Minister. Mr. White.

**Mr. White:** I have one other question, Mr. Minister, concerning medical services in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program. It is a very good program, but some of the concerns I hear back home in Manitoba are the fact that the program is restricted to on-reserve treaty Indians. I wonder if part of the program review that is mentioned in your report is exploring the possibility of expanding that to treaty Indians living off-reserve and to the non-status natives as well.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. White, not at the moment. First of all, the review normally had to take place because the program had been established, and we had to see how the program was working. Secondly, in some cases, and I know this is controversial, the facilities had been built. While the facilities were very good, the question was, do we have to build those types of centres with that kind of cost factor? Could we not use the money a little more broadly? That was the second consideration.

Third—and I say this very directly—you know as well as I that committees that have responsibility for a program... sometimes in the native community others feel they are not as widely based as possibly they should be.

Those were some of the reasons for the review. But it was not to extend it off reserve. Those programs would

**[Translation]**

mieux préciser les protocoles et les conditions. Il reste que cette année nous nous consacrons beaucoup plus à la recherche que l'année dernière.

Pour ce qui est de la sensibilisation du public, je n'ai pas à vous rappeler le problème au niveau du comité des télédiffuseurs canadiens. Je devrais ajouter que, depuis, nous avons rencontré les représentants de l'Association canadienne des radiodiffuseurs. Un porte-parole de cette association nous a dit qu'en tant que société, il nous fallait être plus agressifs et que même en tant que communicateurs, on devait l'être aussi. C'est le genre de commentaire que j'aime entendre. Nous savons aussi, par exemple, ce qui s'est passé tout dernièrement au Québec, qui essaie de mettre sur pied un programme éducatif. Nous savons ce qui se passe dans d'autres provinces. Je ne le répéterai pas.

Il ne fait aucun doute, monsieur le président, que la meilleure réponse à toute cette question du SIDA ne peut qu'être nationale et internationale. Nous croyons coopérer au maximum sur les deux fronts. Quoi qu'il en soit, nous en reparlerons. Pour moi, il ne fait aucun doute que la situation évolue d'une manière pratiquement quotidienne et que non seulement nous surveillons cette évolution mais qu'en plus il nous faut y faire face.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre. Monsieur White.

**M. White:** J'ai encore une autre question, monsieur le ministre, au sujet des services médicaux du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones. C'est un excellent programme, mais au Manitoba certains se plaignent du fait qu'il soit limité aux Indiens inscrits résidant dans des réserves. Je me demande si l'examen de ce programme que vous mentionnez dans votre déclaration envisage la possibilité de l'étendre aux Indiens inscrits ne résidant pas dans les réserves ainsi qu'aux autochtones non inscrits.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur White, pas pour le moment. Pour commencer nous avons dû en toute logique procéder à l'examen de ce programme parce qu'il avait été créé et parce qu'il fallait évaluer son fonctionnement. Deuxièmement, dans certains cas, et je sais que c'est une question controversée, les installations avaient été construites. Bien que ces installations aient été excellentes, il fallait nous demander s'il était nécessaire de construire ce genre de centre à un tel prix? Ne pourrions-nous pas diversifier l'utilisation de cet argent? C'était là la deuxième considération.

Troisièmement, et je vous dis cela très directement, vous savez tout aussi bien que moi que les comités qui sont responsables d'un programme... quelquefois ne sont pas considérés par les autochtones comme étant suffisamment représentatifs.

Ce sont là certaines des raisons pour lesquelles cet examen a été décidé. Il ne s'agissait toutefois pas d'étendre



[Texte]

come under the alcohol and abuse programs. . . like any other members of society.

**Ms Copps:** In a recent article entitled "Saints in Caesar's Household", Mr. Minister, you are quoted as disagreeing with the position of your government on the issue of sexual orientation in the Charter. I wonder if that affects your ability as a Minister to move on the question of public education on AIDS.

**Mr. Epp (Provencher):** No, I have no problems with education respecting the illness of AIDS. In fact, if you read the article further, I am asked the question whether my personal faith has any relation to the problems one might encounter in how the illness is primarily transmitted in North American society. I prefer generally to deal with policy issues rather than personal issues, but I do not see any difference when a person who is ill, no matter how he or she might have contracted an illness. . . that society or I as an individual do not have a responsibility to that individual to try to alleviate suffering or pain. So I do not see any conflict with it.

As to my personal views on sexual orientation, you said they are different from my government's. The government has not yet come forward with changes to the Charter, but my views on sexual orientation as quoted in that are my personal views, and those are the ones I hold.

**Ms Copps:** Right. Well, I think it should be made clear that the former Minister of Justice did say quite clearly that sexual orientation was included under section 15 of the Charter, under the rubric of sex.

**Mr. Epp (Provencher):** I do not believe that is what he said. I think what he said was there would have to be a change for those of us who work with the Charter. Under section 15 of the Charter is the question of sex, not sexual orientation. That is another question.

**Ms Copps:** No, he is considering a change to the Canadian Human Rights Act—

**Mr. Epp (Provencher):** That is a different question.

**Ms Copps:** —not the Charter.

In any case, the former Minister was quite clear that people of homosexual orientation were protected and should not be discriminated against. In this article you quite clearly believe discrimination on the basis of sexual orientation is acceptable.

**Mr. Epp (Provencher):** No, that is not what the article says. I was asked the question whether it should be included in the Charter or other legislation. I did not say

[Traduction]

ce programme à l'extérieur des réserves. Ces programmes sur l'alcoolisme et la toxicomanie s'adresse à toute la société.

**Mme Copps:** Dans un article récent intitulé *Saints in Caesar's Household*, on lit, monsieur le ministre, que vous êtes en désaccord avec votre gouvernement sur la question de l'orientation sexuelle telle qu'elle est définie dans la Charte. Cela peut-il avoir une incidence sur votre attitude vis-à-vis de la question de l'éducation du public au sujet du SIDA.

**M. Epp (Provencher):** Non, je ne vois aucun inconvénient à ce que l'on fasse un effort d'éducation au sujet du SIDA. En fait, si vous lisez un peu plus loin, on me demande si ma foi a une relation quelconque avec les problèmes que l'on peut rencontrer en ce qui concerne la façon dont cette maladie est habituellement transmise dans la société nord-américaine. Je préfère en général traiter de politique générale plutôt que de point de vue personnel mais je ne fais aucune différence, lorsqu'une personne est malade, entre les diverses façons dont elle a pu contracter sa maladie. Comme la société en général, j'ai une certaine responsabilité vis-à-vis de cette personne dont on doit essayer de diminuer la souffrance. Je ne pense donc pas du tout qu'il puisse y avoir un conflit quelconque à ce niveau.

Maintenant, vous dites que je ne suis pas d'accord avec le gouvernement au sujet de l'orientation sexuelle. Le gouvernement, toutefois, n'a pas encore proposé de modifications à la Charte et mon point de vue sur l'orientation sexuelle est un point de vue personnel qui n'intéresse que moi.

**Mme Copps:** Certes. Je pense néanmoins qu'il faut reconnaître que l'ancien ministre de la Justice a dit très clairement que l'orientation sexuelle était incluse dans l'article 15 de la Charte, sous la rubrique sexe.

**M. Epp (Provencher):** Je ne pense que ce soit ce qui est dit. Il est dit qu'il faudrait apporter une modification parce que cet article présente des difficultés à ceux d'entre nous qui doivent utiliser la Charte. L'article 15 de la Charte fait allusion au sexe de l'individu et non pas à son orientation sexuelle. C'est tout différent.

**Mme Copps:** Non, il envisage de modifier la Loi canadienne sur les droits de la personne. . .

**M. Epp (Provencher):** C'est différent.

**Mme Copps:** . . . et non pas la Charte.

En tout cas, l'ancien ministre a dit très clairement que les personnes ayant une orientation homosexuelle étaient protégées et ne devraient pas faire l'objet de discrimination. Dans cet article, il semble très clair que vous estimez que la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est acceptable.

**M. Epp (Provencher):** Non, ce n'est pas ce que dit l'article. On m'a demandé s'il fallait l'inclure dans la Charte ou dans une autre loi. Je n'ai pas préconisé la

[Text]

there should be discrimination. I said I did not believe it had to be included as a grounds under the Charter.

**Ms Copps:** In the same article you compare the matter of AIDS to the response Christ had to various people in his day. He knew where they came from. . . the woman at the well, whom I believe was a prostitute.

**Mr. Epp (Provencher):** That is correct.

**Ms Copps:** You relate the disease of AIDS to prostitution.

**Mr. Epp (Provencher):** No, I do not.

**Ms Copps:** I quote:

A controversial issue, one I have had to work through, is the whole matter of AIDS. Christ responded to various people in his day. He knew where they came from. The woman at the well—

**Mr. Reimer:** A point of order, if I may, Mr. Chairman. I think issues of policy are clearly in order. I wonder to what degree questions about one's personal opinions are in order. I have no hesitation that the Minister can answer these well. I know he can. But I just wonder if we are not beginning to border on some questions that are of a very personal nature, as opposed to questions of policy; and I would ask you to be very careful of that.

• 2030

**Ms Copps:** I would like just to respond, because I did not interrupt when the member was asking the Minister to comment on various responses with respect to the abortion question, which is clearly not under the area of his particular ministry. In the same way, when the Minister himself is responsible for a public education program, which to date has been appalling, with respect to the question of AIDS, when we are spending less than \$1 million on public education for AIDS at a time when we are prepared to spend millions to sell free trade, quite clearly the Minister's views are important. I want to know from him whether he feels that his own personal expressions, in the interview he gave as the Minister, are responsible for the appalling failure we have had in the area of public education in terms of committing dollars from his ministry.

**The Chairman:** On the same point of order, Dr. McCurdy.

**Mr. McCurdy:** Yes. Frankly, I do not think the question really is what the Minister's personal point of view is in and of itself, but what kind of action would derive from it. Insofar as the point of order is concerned, we just had the hon. member postulate the strangely un-Thomistic notion that rationality is now inserted into the foetus earlier, by virtue of the findings of science, than 15 years ago, which is absolutely a personal opinion; it would have to be because it is objectively nonsense. So, if the hon. member can do it, then certainly anybody can do it.

[Translation]

discrimination. J'ai déclaré que je ne croyais pas qu'il fallait que ce soit inclus dans les motifs énumérés dans la Charte.

**Mme Copps:** Dans le même article, vous comparez la question du SIDA à l'attitude du Christ vis-à-vis des gens qu'il rencontrait. Il connaissait leur situation. . . la femme près du puits, qui, si ne je m'abuse, était une prostituée.

**M. Epp (Provencher):** C'est exact.

**Mme Copps:** Vous liez le SIDA à la prostitution.

**M. Epp (Provencher):** Non, madame.

**Mme Copps:** Je vous cite:

Une question controversée, et sur laquelle je dois me pencher, est celle du SIDA. Le Christ n'écartait personne. Il connaissait la situation de chacun. La femme près du puits. . .

**M. Reimer:** Monsieur le président, j'invoque le Règlement. Il est normal que l'on interroge le ministre sur sa politique mais je ne suis pas sûr que vous deviez laisser la députée l'interroger sur les opinions qu'il peut avoir personnellement. Évidemment, je sais que le ministre est tout à fait en mesure de répondre. Cela ne fait aucun doute. Mais ne s'agit-il pas de questions qui commencent à devenir très personnelles alors que nous devrions traiter de politique? Je vous invitais à être très attentif à cette distinction.

**Mme Copps:** J'aimerais répondre car je n'ai pas interrompu le député lorsqu'il demandait au ministre son avis sur diverses questions relatives à l'avortement qui, de toute évidence, ne relèvent pas de la compétence de son ministère. Par contre, lorsque le ministre est lui-même responsable d'un programme d'éducation du public, qui jusqu'ici s'est révélé absolument nul, à propos du SIDA, lorsque nous ne dépensons même pas un million de dollars à éduquer le public sur le SIDA alors que nous sommes prêts à dépenser des millions de dollars pour faire accepter l'idée du libre échange, il est évident que le point de vue personnel du ministre est important. J'aimerais savoir s'il estime que ses opinions personnelles, suite à l'interview qu'il a accordée à titre de ministre, sont à l'origine de l'échec ahurissant que nous constatons dans les efforts de son ministère pour informer le public sur le SIDA.

**Le président:** Toujours à ce sujet, monsieur McCurdy.

**M. McCurdy:** Oui. Très franchement, je crois que la question n'est pas tellement de déterminer quel est exactement le point de vue personnel du ministre mais bien à quelles mesures il peut donner lieu. Quant à l'objection du député, celui-ci venait d'avancer la notion étonnamment anti-thomiste, selon laquelle la rationalité habite maintenant le foetus à un plus jeune âge qu'il y a quinze ans, tout simplement du fait de découvertes scientifiques. C'est là un avis purement personnel parce qu'objectivement, c'est parfaitement indéfendable. Si le



[Texte]

**The Chairman:** The Chair would suggest that really this is not a point of order. The Minister has a right to indicate if this is outside his terms of reference as a Minister, and I am sure Mr. Epp is able to decide that and indicate his desire not to answer, if he wishes.

Ms Copps.

**Ms Copps:** I am raising the issue because, as the Minister has just said, the question of AIDS is increasingly alarming Canadians on a weekly and a daily basis and the public education program that was launched with much fanfare to date has been an absolute bust. I would like to know what he has done.

Has the Minister met with the Canadian Telecasters Committee?

**Mr. Epp (Provencher):** In terms of my personal views and what the member is quoting, I have no difficulty answering it. In fact, I wish she would ask me, because I think—and it is important to state this—in Canada we have been very fortunate in that we have not had the backlash some other societies have had in terms of people who have contracted AIDS, and that there has been no question that these people are not fully entitled to health care and the best knowledge we have, the best care we have, whether on a personal basis, a human basis, or a medical basis. I have no difficulty with that whatsoever, and there should be no doubt in any member's mind about that.

In respect to the education program, Ms Copps, no, I do not have any fear about that. If you are asking if I have a latent concern, the answer is no. You say the educational program has been a bust. I would suggest that it has not been, and I will give you reasons why not and examples of why it has not been.

For instance, the pamphlets relating well before the celebrated CTC case have been well received, with very strong support for them. There has been good distribution. Specific pamphlets have been developed—I will only use one to make the case—in respect to medical workers. So that has been ongoing.

In respect to the CTC, we farmed out the work of the education program to the Canadian Public Health Association, and one of the reasons was exactly that I did not want the charge laid that, because of certain beliefs I or anyone else might have, I was not willing to have an educational program. So I thought the best way to do it was to give it to a highly respected, well-recognized public health association of volunteers and professionals in Canada, the CPHA. I think people who know the health care field would generally concede that was a very valid organization to become the educational vehicle for these television advertisements.

[Traduction]

député peut se permettre ce genre d'avis subjectif, je ne vois pas du tout pourquoi cela serait refusé à un autre.

**Le président:** La présidence estime qu'il n'y a pas là de motifs d'objection. Le ministre a le droit de dire s'il estime qu'une question dépasse son champ de compétence et je suis bien certain que M. Epp saura nous dire s'il refuse de répondre à telle ou telle question.

Madame Copps.

**Mme Copps:** Je soulève cette question car, comme vient de le dire le ministre, la question du SIDA inquiète de plus en plus les Canadiens. Or le programme d'information qui a été lancé avec fanfare n'a jusqu'ici absolument rien donné. J'aimerais donc savoir ce qu'a fait le ministre à ce sujet.

A-t-il eu une rencontre avec le Comité de télédiffuseurs canadiens?

**M. Epp (Provencher):** Quant à mon point de vue personnel et à ce que cite la députée, je ne vois aucun inconvénient à répondre. En fait, je crois qu'il est important de reconnaître qu'au Canada nous avons eu beaucoup de chance en ce sens que, contrairement à d'autres sociétés, il n'y a pas eu de réactions négatives contre les personnes ayant contracté le SIDA, et il n'a jamais été question de ne pas leur accorder tous les soins possibles et de ne pas les faire bénéficier de toutes les connaissances à notre disposition, de tout ce que nous pouvons leur offrir, sur le plan personnel, sur le plan humain ou sur le plan médical. Cela ne me pose absolument aucun problème et j'aimerais qu'il n'y ait absolument aucun doute à ce sujet dans l'esprit de la députée.

Quant au programme d'information, non, je n'ai aucune crainte là-dessus. Si vous voulez savoir si j'ai des préoccupations latentes, la réponse est non. Vous dites que ce programme est un échec total. Je n'en suis pas si certain et je puis vous dire pourquoi et vous citer certains exemples qui prouvent au contraire son succès.

Par exemple, les brochures à ce sujet, bien avant l'histoire du CTC, ont été très bien accueillies. Elles ont été largement diffusées. On a publié des brochures spécialisées, et je vous en donnerai seulement un exemple, pour ceux qui travaillent dans le secteur médical. C'est donc un effort qui se poursuit.

Pour ce qui est du CTC, nous avons confié la responsabilité du programme d'éducation à l'Association canadienne de santé publique et, une des raisons pour lesquelles nous ne l'avons pas fait nous-mêmes, c'est parce que je ne voulais pas que l'on risque de m'accuser ou d'accuser certains de mes collaborateurs de ne pas vouloir de programmes d'information à ce sujet à cause de nos croyances personnelles. J'ai ainsi pensé que la meilleure façon de procéder était de confier cette tâche à une association de santé publique très respectée et bien connue, qui regroupe des bénévoles et des professionnels oeuvrant dans ce domaine au Canada. Ceux qui connaissent ce secteur conviendront certainement que



[Text]

[Translation]

c'était le genre d'association à choisir pour décider des messages que devaient contenir cette publicité télévisée.

• 2035

With respect to the ads themselves, there is no doubt, as I think evidence bears out over the last number of weeks, that the Canadian public is quite divided on the kind of message that should be given, or the kind of message that is suitable, or who the messenger should be. There is quite a difference of opinion on that. For an example, I will again use Quebec. Generally speaking, my counterpart, Madame Lavoie-Roux, the Minister of Health, came forward with a program which, I am sure, she and the people whom she works with thought was the best response to Quebec society. You know what has happened in Quebec. That does not say that she or I were not interested in an educational program or that quoted was a bust. But she and I, as all of us, have to relate also to what is acceptable to the society in which we work.

Now, having said that, the meetings with the CTC have taken place with officials of my department as well as CPHA. I have not met with the CTC. The CAB has asked to meet with me and I intend to meet with the Canadian Association of Broadcasters. I want to see what action they want to take in view of the statements made by Mr. Bond and others that further development of ads or a public communication—that is, an electronic communication system—has to be put into place. I cannot give you that information yet.

**The Chairman:** Thank you. That is your time, Ms Copps.

**Ms Copps:** Yes, I would just like to—

**The Chairman:** No, I am sorry.

**Ms Copps:** Mr. Chairman, in view of the fact that people are dying on a daily and weekly basis, it is not good enough for the Minister to say that he has not met with the Canadian Telecasters' Committee. It is simply not good enough, and I think it reinforces the notion that he is not prepared to fight tooth and nail to get a public education program out across the country. Pamphlets are fine. Those pamphlets are directed towards professionals in the field and they are important, but if you really are serious about stopping the transmission of AIDS, you have to have public education. More than a month has elapsed since those ads were deemed unacceptable by the CTC. If you are not prepared to take a personal stand on this, then, quite clearly, the whole issue will drag on for many more months.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, that is obviously not the case. We have taken—

**Ms Copps:** You have not met with them.

**Mr. Epp (Provencher):** Well—

**The Chairman:** Order, please, Ms Copps.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I do not have to meet with the Canadian Telecasters Committee. I, for

Quant aux annonces elles-mêmes, il ne fait aucun doute, comme on a pu le constater au cours des quelques dernières semaines, que la population canadienne est très divisée sur le genre de message à transmettre, le genre de message qui conviendrait et le messenger à choisir. Les opinions divergent beaucoup à ce sujet. Par exemple, j'utiliserais à nouveau le cas du Québec. Mon homologue, M<sup>me</sup> Lavoie-Roux, ministre de la Santé, a en fait proposé un programme qui, d'après ses collaborateurs et elle-même, conviendrait mieux à la société québécoise. Vous savez ce qui s'est passé au Québec. Cela ne veut pas dire qu'elle ne veut pas ou que je ne veux pas de programme d'information ni que ce programme est un échec total. Mais elle, comme moi, et comme nous tous, nous devons également considérer ce qui peut être accepté dans la société dans laquelle nous travaillons.

Cela dit, certaines rencontres ont eu lieu entre le CTC, certains représentants de mon ministère et l'Association canadienne de santé publique. Je n'ai pas personnellement eu de rencontre avec le CTC. L'Association canadienne des radiodiffuseurs m'a demandé un entretien et j'ai l'intention de le lui accorder. J'aimerais savoir ce qu'elle est disposée à faire suite aux déclarations de M. Bond et d'autres, selon lesquelles il faut mettre sur pied un système de communications publiques électroniques. Je ne puis encore vous donner de détail à ce sujet.

**Le président:** Merci. Votre temps est écoulé, madame Copps.

**Mme Copps:** Je voudrais simplement. . .

**Le président:** Non, je suis désolé.

**Mme Copps:** Monsieur le président, étant donné qu'il y a des gens qui meurent tous les jours, et le ministre ne devrait pas se contenter de dire qu'il n'a pas eu de rencontre avec le Comité des télédiffuseurs canadiens. C'est inacceptable et cela semble confirmer qu'il n'est pas prêt à faire tout ce qu'il peut pour qu'un programme d'information publique soit diffusé dans tout le pays. Les brochures sont peut-être très bien mais elles s'adressent à des professionnels. Elles sont sans doute importantes mais, si vous voulez réellement arrêter la transmission du SIDA, il faut informer la population. Il y a plus d'un mois que ces annonces ont été jugées inacceptables par le CTC. Si vous n'êtes pas prêt à prendre personnellement position à ce sujet, il est évident que les choses risquent de traîner encore pendant des mois.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, c'est tout à fait faux. Nous avons pris. . .

**Mme Copps:** Vous n'avez pas eu de rencontre avec eux.

**M. Epp (Provencher):** Ma foi. . .

**Le président:** Silence, s'il vous plaît, madame Copps.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, il n'est pas nécessaire que j'aie une rencontre avec le Comité des

[Texte]

instance, met with many people in the United Way who have been delivering a service, and St. John's Ambulance, Red Cross, others. They have been meeting with the CTC, the CPHA has, and we are now coming together to see what other action can be taken, because the CAB was going to meet.

So you can make whatever charges you want, but I reject them.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Minister. Thank you, Ms Copps.

Dr. McCurdy, five minutes.

**Mr. McCurdy:** Let us go back to this, and let us see if we can separate this from questions about your own beliefs.

Would it not be fair to say that, given the point at which this whole issue arose, and seeing how little has happened since—look, let us face it, little happened—that the allegation that we are not projecting a sense of real urgency can be fairly made, given what is on the boards? It is a fact that this is a dangerous disease, and it is on the record how dangerous it is left unattended. We are fiddling around with arguments back and forth in a fashion that would have horrified anybody who attempted to attack mumps, measles, polio, or any other disease with which we have been faced in the past.

The question is, on the one hand, a moral issue, yes, but surely it is about time that somebody made the decision that the medical issue, the question of life or death, is far more important than the issue of opinions and act on it, and act on it with urgency.

**Mr. Epp (Provencher):** We are acting on it with urgency, and that is why, for instance, the Canadian Association of Broadcasters and we—I think the Canadian Association of Broadcasters have come a long way. A few weeks ago they rejected ads, but today they fully recognize that a public education program through the electronic media is necessary.

**Mr. McCurdy:** What have you done in terms of trying to provide data? For example, there is absolute ignorance that exists out there that could be corrected by this kind of telecasting and broadcasting. It could be used as a basis for convincing these people that something has to be done.

• 2040

**Mr. Epp (Provencher):** That information, Dr. McCurdy, has been given to them.

**Mr. McCurdy:** Would you describe that information?

**Mr. Epp (Provencher):** We have given information. I mentioned earlier tonight that we have information available to the media. I have said that to them. We have information available to health care workers. We have made information available to public servants; the same

[Traduction]

télédiffuseurs canadiens. J'ai en effet eu des entretiens avec des tas de membres de Centraide qui offrent un service avec l'ambulance St-Jean, avec la Croix-Rouge et bien d'autres. Ceux-ci ont eu des rencontres avec le CTC, tout comme l'Association canadienne de santé publique, et nous devons nous réunir pour voir ce qu'on peut faire d'autre puisque l'on doit avoir une rencontre avec les radiodiffuseurs canadiens.

Vous pouvez donc m'accuser de tout ce que vous voulez, vous vous trompez.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur le ministre. Merci, madame Copps.

Monsieur McCurdy, cinq minutes.

**M. McCurdy:** Essayons de poursuivre la question en voyant s'il n'est pas possible d'envisager la chose indépendamment de vos croyances personnelles.

Ne peut-on pas dire en effet que, depuis cet incident, les choses n'ont vraiment pas beaucoup avancé, et qu'ainsi on peut se demander si la question revêt aux yeux du ministre l'importance qu'il prétend. Il est évident qu'il s'agit là d'une maladie dangereuse qui peut faire d'énormes dégâts si on n'agit pas rapidement. Les arguments qui volent de part et d'autre auraient horrifié quiconque s'est attaqué aux maladies comme les oreillons, la rougeole, la polio, ou tout autre maladie, qui ont frappé les générations qui nous ont précédés.

Il y a certainement, d'une part, une question morale, mais il est tout de même grand temps que quelqu'un déclare que la question médicale, cette question de vie ou de mort, est beaucoup plus importante que les opinions des uns ou des autres et qu'il faut agir de façon urgente.

**M. Epp (Provencher):** C'est ce que nous faisons, c'est la raison pour laquelle, l'Association canadienne des radiodiffuseurs s'est penchée sur la question avec nous. Je puis vous dire que les choses ont beaucoup avancé, car il y a quelques semaines elle avait refusé ces annonces alors qu'aujourd'hui elle reconnaît tout à fait qu'un programme d'éducation du public diffusé par les médias électroniques s'impose.

**M. McCurdy:** Avez-vous essayé de fournir des chiffres? Par exemple, la population ignore totalement ce qu'il en est, et la télédiffusion et la radiodiffusion pourraient convaincre les Canadiens qu'il faut faire quelque chose.

**M. Epp (Provencher):** Oui, monsieur McCurdy, nous leur avons fourni ces renseignements.

**M. McCurdy:** Pourriez-vous nous préciser de quels renseignements il s'agit?

**M. Epp (Provencher):** Nous leur avons donné un certain nombre de renseignements. Je disais tout à l'heure que nous avons mis des renseignements à la disposition des médias. Je le leur ai indiqué. Nous avons également des renseignements à la disposition des spécialistes de la



[Text]

information. We have that information available to you. We have that information available to the Canadian Association of Broadcasters, showing the incidence of the disease, the acceleration of the number of cases of the disease in Canada and world-wide. I think it is on the basis of that information that some of them are coming around to the view that yes, there has to be a public education program and that has to be done through the electronic media.

**Mr. McCurdy:** Have you ever made the simple public statement that these people are causing death by delaying our efforts to put on the air—on the air—educational programs that are really going to help people; that there is no longer any time for arguing back and forth about diverse religious or other opinions. . . and attack it as if it is the urgent and deadly matter it is? Has the Minister said it is about time we stopped this monkeying around and got the program on air within a particular deadline?

**Mr. Epp (Provencher):** That is the purpose, Mr. Chairman, of the meeting with the Canadian Association of Broadcasters, and I hope that is what we will achieve. I said in the House, and I have said in other forums, that I hope the Canadian Telecasters Committee will come to the realization that this education program is necessary, for the reasons you and I have stated. That is pretty clear. I cannot embellish that. That is out there.

I think the electronic media people had to come to that realization as well. It has been an educational process for them, since the controversy broke when they said they would not take those ads.

But I say to you, with respect, when I take a look at the British program—and I have done that—and when you take a look at the evaluation that was done one evening by the BBC in a two-hour program out of London, out of Birmingham, the very same arguments you are throwing at me. . . and they simply say to spend more money. . . and Norman Fowler did. He spent \$40 million Canadian. He was getting the very same reaction.

I say to you, Dr. McCurdy, the reason is not only that we need an education program, but that what people want from us in the medical field is the answer we cannot give. And the answer I cannot give them is this. There is no cure for AIDS. There is no cure for AIDS on the horizon. The only protection for them today is the three areas that we discussed earlier at this committee, and that were somewhat dismissed by some—or the first two, namely, abstinence and monogamous relationships—as being possibly a reflection of my own views, though I find very clearly that Canadians want that message very clearly expressed. The third is that there is a safer form of sex; namely, the use of condoms and spermicides, or both. But I think we also have to be clear that when we talk about “safe sex”, it is not 100% safe.

[Translation]

santé. Nous avons également des renseignements à la disposition des fonctionnaires; les mêmes renseignements. Nous pouvons les mettre à votre disposition. C'est à la disposition de l'Association canadienne des radiodiffuseurs. Ce sont des chiffres sur la fréquence de la maladie, sur l'accélération du rythme auquel se développe la maladie au Canada et dans le reste du monde. C'est grâce à ces renseignements que certains d'entre eux en sont maintenant arrivés à la conclusion qu'un programme d'éducation du public s'impose en effet et que celui-ci doit être diffusé par les médias électroniques.

**M. McCurdy:** Avez-vous jamais déclaré publiquement qu'en refusant de transmettre ces programmes d'éducation sur les ondes, ces gens-là multiplient le nombre de morts; qu'il n'est plus temps de s'interroger indéfiniment sur les opinions religieuses ou autres de chacun car il faut d'urgence s'attaquer à cette maladie mortelle. Le ministre a-t-il simplement déclaré qu'il est grand temps d'arrêter de tergiverser et qu'il faut passer ce programme sur les ondes dans des délais précis.

**M. Epp (Provencher):** C'est justement la raison pour laquelle je vais avoir une rencontre avec l'Association canadienne des radiodiffuseurs car j'espère que c'est le résultat que nous obtiendrons. J'ai dit à la Chambre comme dans d'autres lieux, que j'espérais que le Comité des télédiffuseurs canadiens en arriverait à comprendre que ce programme d'éducation est nécessaire pour les raisons que vous et moi avons invoquées. C'est tout à fait clair. Je ne peux rien dire d'autre. Tout est là.

Je crois qu'il a également fallu un certain temps avant que les responsables des médias électroniques le comprennent. C'est tout un processus éducatif également pour eux, étant donné que la controverse a surgi lorsqu'ils ont déclaré qu'ils ne diffuseraient pas ces messages.

Je puis toutefois vous dire, en toute déférence, que, si l'on considère le programme britannique—et je l'ai examiné—et que l'on voit l'évaluation faite un soir par la BBC à l'occasion d'une émission de deux heures passée à Londres, à Birmingham, ce sont les mêmes arguments qu'ici. . . on dit de dépenser davantage. . . c'est ce qu'a fait Norman Fowler. Il a dépensé 40 millions de dollars canadiens. Or il a obtenu la même réaction.

Le fait est, monsieur McCurdy, que non seulement il nous faut un programme d'éducation mais que ce que la population attend de nous, dans le secteur médical, c'est une réponse que nous ne pouvons donner. La réponse que je ne peux donner est la suivante. Il n'existe pas de remède pour le SIDA. Il n'y a pas de remède à l'horizon pour le SIDA. La seule protection qui existe aujourd'hui, ce sont les trois choses dont nous avons déjà discuté avec votre Comité et qui ont été plus ou moins rejetées par certains d'entre vous, du moins pour les deux premières, à savoir l'abstinence et la monogamie. Certains ont déclaré que cela reflétait mon point de vue personnel mais je puis vous dire que les Canadiens souhaitent que ce message soit exprimé très clairement. La troisième chose est qu'il existe une méthode plus sûre qui est l'utilisation de préservatifs ou de spermicides ou encore des deux. Toutefois, il faut



[Texte]

**Mr. McCurdy:** But surely that is where the urgency resides. We know it is deadly. There has never been a notion in the world that it was not deadly, and there has never been a suggestion from anybody that there is going to be a cure. I have said it repeatedly. That indicates the urgency of it. And it is about time we had a program that says to people we cannot wait around for some kind of social change in human mores in order to defend people against death. That is the point. We are not going to have religious conversions as a means of defeating AIDS.

**Mr. Epp (Provencher):** Dr. McCurdy, I am not putting it forward as the solution. That would be totally oblivious to the fact of incubation. So you and I know those are the facts, and many others do too. That is why I want an educational program on the electronic media. That is why we are pursuing it. But I think many people were very surprised the Canadian Telecasters Committee, in view of other broadcasting they put on—I am not trying to be moralistic about it—thought the ads which generally, for those in the health care field, were a soft message as against some other messages that have been used in other jurisdictions, they could not even use those. I think, with respect, that the CTC and the CAB have come some distance.

• 2045

By the way, I should say that not only on this committee but also in the committee reviewing the estimates of the Secretary of State, I think came up very directly with some of the feelings of Members of Parliament saying there has to be a program and you have a public responsibility. You have a licence to the airwaves and therefore you should put forward these ads, whether or not we think they are strong enough or not. And I hope that is how we are advancing, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Minister. The Chair would remind the committee that the Minister will be back before us in two weeks from tonight, if I am not mistaken, all things being well. So we look forward to your return and we appreciate the time you have given us tonight and the time of your officials in answering some of our questions, many of which are not easy at all.

This meeting stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

bien savoir que lorsque l'on parle de «sexe sans danger», ce n'est jamais à 100 p. 100 sûr.

**M. McCurdy:** Mais c'est justement la raison pour laquelle c'est si urgent. Nous savons que c'est mortel. Jamais personne n'a dit que ce n'était pas mortel et jamais personne n'a dit qu'on allait trouver un remède. Je ne cesse au contraire de dire que cela prouve combien c'est urgent. Il est donc à peu près temps que nous ayons un programme qui fasse comprendre à la population que nous ne pouvons attendre un revirement quelconque des habitudes sociales et humaines pour essayer d'éviter la mort de tant de gens. C'est bien cela. On ne va pas lutter contre le SIDA avec des conversions religieuses.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur McCurdy, je n'ai jamais dit que c'était la solution. Ce serait entièrement négliger le problème de l'incubation. Nous savons ce qu'il en est, et nous ne sommes pas les seuls. C'est pourquoi je veux que les médias électroniques transmettent un programme éducatif. C'est pourquoi nous poursuivons cet effort. Beaucoup ont été très surpris de voir que le Comité des télédiffuseurs canadiens refuse ces messages publicitaires quand on sait le genre de choses qu'ils diffusent autrement—et je n'essaie pas de leur faire la morale—car ces messages semblaient assez modérés comparés à d'autres utilisés dans d'autres pays. Le CTC et l'ACR semblent beaucoup mieux comprendre la chose maintenant.

D'ailleurs, j'ajouterais que ce n'est pas simplement ce comité, mais également le Comité qui examine les prévisions budgétaires du Secrétariat d'État, qui a dit que les radio- et télédiffuseurs ont une responsabilité publique à ce sujet, qu'ils ont accès aux ondes et qu'ainsi ils doivent transmettre ces messages, qu'on les juge suffisamment forts ou non. J'espère donc que la question sera rapidement résolue.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur le ministre. Je rappelle au comité que le ministre doit nous revenir dans deux semaines, si je ne m'abuse, et sauf contre-ordre. Nous nous réjouissons donc de vous revoir bientôt et nous vous remercions du temps que vous avez bien voulu nous consacrer ce soir tout comme vos collaborateurs. Merci également d'avoir répondu à certaines de nos questions qui souvent ne sont pas du tout faciles.

La séance est levée.



*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

---

#### WITNESSES

*From the Department of National Health and Welfare:*

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health  
Protection Branch;

Dr. D.E.L. Maasland, Assistant Deputy Minister,  
Income Security.

#### TÉMOINS

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

D<sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la  
santé;

D<sup>r</sup> D.E.L. Maasland, sous-ministre adjoint, Sécurité du  
revenu.

27088-1  
P-1-1-1

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 17

Monday, May 11, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 17

Le lundi 11 mai 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

**National Health and  
Welfare**

**Santé nationale et  
Bien-être social**

RESPECTING:

Main Estimates 1987-1988: All Votes under  
NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1987-1988: Tous les  
crédits sous la rubrique SANTÉ NATIONALE ET  
BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Jake Epp,  
Minister of National Health  
and Welfare

COMPARAÎT:

L'honorable Jake Epp,  
Ministre de la Santé nationale  
et du Bien-être social

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987



STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONDAY, MAY 11, 1987

(22)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:09 o'clock p.m., in Room 371 of the West Block, this day, the Chairman, Bruce Halliday presiding.

*Member of the Committee present:* Bruce Halliday.

*Acting Members present:* Sheila Finestone for Sheila Copps, Charles Hamelin for W. Paul McCrossan, Gus Mitges for Brian White, Neil Young for Howard McCurdy.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton and Paul Rosenbaum, Research Officers.

*Appearing:* The Honourable Jake Epp, Minister of National Health and Welfare.

*Witnesses: From the Department of National Health and Welfare:* Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. M.M. Law, Deputy Minister. *From the Medical Research Council of Canada:* Dr. P. Bois, President.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference dated Monday, March 2, 1987, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1988. (See *Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, April 27, 1987, Issue No. 16.*)

The Minister made an opening statement and, with the witnesses, answered questions.

By unanimous consent, it was agreed,—That the document entitled—Table 1, Estimated Cost of Lowering the Age of Eligibility for OAS/GIS Program—submitted by the Minister of National Health and Welfare be printed as an appendix to this day's *Minutes of Proceedings and Evidence* (see appendix "SNTE-4").

At 8:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE LUNDI 11 MAI 1987

(22)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 09, dans la pièce 371 de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membre du Comité présent:* Bruce Halliday.

*Membres suppléants présents:* Sheila Finestone remplace Sheila Copps; Charles Hamelin remplace W. Paul McCrossan; Gus Mitges remplace Brian White; Neil Young remplace Howard McCurdy.

*Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton et Paul Rosenbaum, attachés de recherche.

*Comparait:* L'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

*Témoins: Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:* Docteur A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la santé; Docteur M.M. Law, sous-ministre. *Du Conseil de recherches du Canada:* M. P. Bois, président.

Le Comité examine de nouveau l'ordre de renvoi du lundi 2 mars 1987 relatif au budget principal des dépenses pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1988. (Voir *Procès-verbaux et témoignages du lundi 27 avril 1987, fascicule n° 16.*)

Le Ministre fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et les témoins répondent aux questions.

Par consentement unanime, il est convenu,—Que le document intitulé *Table 1, Estimated Cost of Lowering the Age of Eligibility for OAS/GIS Program*, document qu'a présenté le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, figure en appendice aux *Procès-verbaux et témoignages* d'aujourd'hui (voir Appendice «SNTE-4»).

À 20 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell

## EVIDENCE

*(Recorded by Electronic Apparatus)**[Texte]*

Monday, May 11, 1987

• 1908

**The Chairman:** The committee is called to order today to study the main estimates, 1987-88, for all the votes under National Health and Welfare.

## NATIONAL HEALTH AND WELFARE

## Departmental Administration Program

Vote 1—Program expenditures ..... \$55,196,000

## Health Services and Promotion Program

Vote 5—Operating expenditures ..... \$21,420,000

Vote 10—Grants and contributions ..... \$32,988,000

## Social Services Program

Vote 15—Operating expenditures ..... \$13,471,000

Vote 20—Grants and contributions ..... \$113,073,000

## Medical Services Program

Vote 25—Operating expenditures ..... \$405,910,000

Vote 30—Capital expenditures ..... \$24,928,000

## Health Protection Program

Vote 35—Operating expenditures ..... \$102,374,000

Vote 40—Capital expenditures ..... \$29,330,000

## Income Security Program

Vote 45—Program expenditures ..... \$57,861,000

## Fitness and Amateur Sport Program

Vote 50—Operating expenditures ..... \$8,341,000

Vote 55—Contributions ..... \$57,641,000

## XV Olympic Winter Games Program

Vote 60—Program expenditures ..... \$45,746,000

## Medical Research Council

Vote 65—Operating expenditures ..... \$3,485,000

Vote 70—Grants ..... \$167,873,000

**The Chairman:** We have appearing with us again the Hon. Jake Epp, Minister of National Health and Welfare, along with his deputy minister—we are pleased to have you here too, Maureen—and others, as well as Dr. Bois and some of his officials from the Medical Research Council. The idea, for the members of the committee, was that we would basically question today, this being our second day on estimates, on welfare issues, but the Minister very kindly agreed to take everything last day, so again today he is prepared to accept questions on either the health side or the welfare side.

## TÉMOIGNAGES

*(Enregistrement électronique)**[Traduction]*

Le lundi 11 mai 1987

**Le président:** La séance est ouverte. Nous nous réunissons aujourd'hui pour étudier le budget des dépenses principal de 1987-1988, et notamment tous les crédits sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social.

## SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

## Programme de l'administration centrale

Crédit 1—Dépenses du programme ..... \$55,196,000

## Programme des services et de la promotion de la santé

Crédit 5—Dépenses de fonctionnement ..... \$21,420,000

Crédit 10—Subventions et contributions .... \$32,988,000

## Programme des services sociaux

Crédit 15—Dépenses de fonctionnement .... \$13,471,000

Crédit 20—Subventions et contributions .. \$113,073,000

## Programme des services médicaux

Crédit 25—Dépenses de fonctionnement .. \$405,910,000

Crédit 30—Dépenses en capital ..... \$24,928,000

## Programme de la protection de la santé

Crédit 35—Dépenses de fonctionnement .. \$102,374,000

Crédit 40—Dépenses en capital ..... \$29,330,000

## Programme de la sécurité du revenu

Crédit 45—Dépenses du programme ..... \$57,861,000

## Programme de la condition physique et du sport amateur

Crédit 50—Dépenses de fonctionnement ..... \$8,341,000

Crédit 55—Contributions ..... \$57,641,000

## Programme des XVes Jeux olympiques d'hiver

Crédit 60—Dépenses du programme ..... \$45,746,000

## Conseil de recherches médicales

Crédit 65—Dépenses de fonctionnement ..... \$3,485,000

Crédit 70—Subventions ..... \$167,873,000

**Le président:** Nous accueillons de nouveau devant le Comité l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, qui est accompagné du sous-ministre—nous sommes très heureux de vous souhaiter la bienvenue à vous aussi, Maureen—du Dr Bois et de représentants du Conseil de recherches médicales. L'idée, au départ, vu que c'est la deuxième journée que nous consacrons au budget des dépenses principal, avait été de consacrer la réunion d'aujourd'hui à l'étude des questions traitant du Bien-être social. Or, hier, le ministre a très gentiment accepté de répondre à toutes sortes de questions, et il a répété son offre aujourd'hui. Vous êtes



[Texte]

I would also remind members that Dr. Bois is here as well if you wish to get anything from him. He will be back with his people on Wednesday of this week to study more specifically the Medical Research Council estimates. But on matters of policy, it would be well, I suspect, to address some questions to the Minister while he is here, especially if we want more funding, Mr. Minister.

Mr. Minister, do you have a statement to make?

• 1910

**Hon. Jake Epp (Minister of National Health and Welfare):** Mr. Chairman, I do not, other than to introduce some officials. I know committee members recall that at our meeting on April 27 I gave opening remarks on the main estimates. Those remarks covered all votes of the estimates, including Fitness and Amateur Sport, Medical Research Council, and so I will not take the time of the committee today.

You have already recognized my deputy minister, Dr. Law. Also here are Mr. John Soar, Assistant Deputy Minister, Social Services Programs Branch; Dr. Bert Liston, Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch; Dr. Dirk Massland, Assistant Deputy Minister, Income Security Program; Mr. Kevin McCarthy, Director General, Financial Administration; and Dr. Pierre Bois, President of the Medical Research Council. There are other officials, but we will introduce them as the need be, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you, Mr. Minister.

Unfortunately, because of the other events on tonight, many of the regular committee members are not able to be here, but we are pleased to have very capable substitutes from the Liberal party, the NDP party, and the Conservative party.

**Mr. Epp (Provencher):** A constitutional expert—Mr. Hamelin.

**The Chairman:** Oh, oui. Yes, indeed.

May I take this opportunity of introducing to the committee Mr. Paul Rosenbaum, who is a researcher with our committee, as of this past week. Unfortunately, we are losing Garth McNaughton, who has agreed to take up a very challenging position with another government at the provincial level. We are sorry to lose him from this committee, because he has been doing good work for us. But we welcome Mr. Rosenbaum, who has a special

[Traduction]

donc tout à fait libres de l'interroger et sur des questions de santé et sur des questions de bien-être social.

Je rappellerais également aux députés que le D<sup>r</sup> Bois est lui aussi parmi nous aujourd'hui, au cas où vous auriez des questions à lui poser. Il revient mercredi avec son équipe pour qu'on examine de façon plus détaillée les prévisions pour le Conseil de recherches médicales. Pour ce qui est des questions de politique, il serait, j'imagine, bon que nous posions un certain nombre de questions là-dessus au ministre, pendant qu'il est là, surtout s'il est question d'obtenir davantage de fonds.

Monsieur le ministre, aviez-vous prévu faire une déclaration liminaire?

**L'honorable Jake Epp (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social):** Non, monsieur le président. J'aimerais tout simplement vous présenter les hauts fonctionnaires du ministère qui m'ont accompagné. Je sais que les membres du Comité se souviendront que lors de notre réunion du 27 avril, j'ai fait un certain nombre de remarques préliminaires au sujet du budget des dépenses principal. Ces remarques ont porté sur l'ensemble des crédits, y compris ceux pour le Programme de la condition physique et du sport amateur, pour le Conseil de recherches médicales, etc. Je ne voulais pas accaparer le temps du Comité pour revenir là-dessus.

Vous avez déjà reconnu le sous-ministre, le D<sup>r</sup> Law. M'accompagnent également John Soar, sous-ministre adjoint, Direction générale des programmes du service social; le D<sup>r</sup> Bert Liston, sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé; le D<sup>r</sup> Dirk Massland, sous-ministre adjoint, Programme de la sécurité du revenu; M. Kevin McCarthy, directeur général, Administration financière; et le D<sup>r</sup> Pierre Bois, président du Conseil de recherches médicales. Il y a un certain nombre d'autres hauts fonctionnaires du ministère qui sont également venus avec moi, mais je vous les présenterai plus tard, au besoin, monsieur le président.

**Le président:** Merci, monsieur le ministre.

Malheureusement, à cause d'autres événements qui se déroulent ce soir, nombre des membres permanents du Comité n'ont pas pu venir ici. Nous sommes cependant très heureux d'accueillir des remplaçants très capables, représentant le Parti libéral, le Parti néo-démocrate et le Parti conservateur.

**M. Epp (Provencher):** Et un expert constitutionnel en la personne de M. Hamelin.

**Le président:** Oh, yes. En effet.

J'aimerais également profiter de l'occasion pour présenter au Comité M. Paul Rosenbaum, qui travaille depuis une semaine comme documentaliste pour le Comité. Malheureusement, nous perdons Garth McNaughton, qui a accepté un poste fort intéressant avec un gouvernement provincial. Nous regrettons de le voir partir, car il a fait du très bon travail pour nous. Quoi qu'il en soit, j'aimerais souhaiter la bienvenue à M.

## [Text]

interest in drugs. And inasmuch as our committee is spending its major time on drugs this year, we are certainly pleased to have him with us for the expertise he will be able to bring to the committee. Welcome to our committee, Mr. Rosenbaum.

Mrs. Finestone, we will start off with you. We will be fairly informal. You can start with ten minutes, and we will have second and third rounds.

**Mrs. Finestone:** Thank you very much, Mr. Chairman.

It is nice to be back here. This was about the first committee I was on when I became a Member of Parliament. You were also in the Chair, and it was a good learning experience. We will see how much I have learned since then.

**The Chairman:** We are glad to have you back, too.

**Mrs. Finestone:** Through you to the Minister. I would like to quote, to the Minister, a statement he made, and I wonder if he would be good enough to explain just what he means. I have with me a magazine called *Faith Today, Canada's Evangelical News Feature Magazine*, March/April 1987, and the front cover shows a very nice picture of the Minister, an article called "Saints in Caesar's Household". And as a saint in Caesar's household, I would like to know what he meant by the following:

We have to recognize there are those who are poor because of circumstances, but many by their own decisions are where they are.

Could I know what the Minister means by that? Frankly, I find that hard to understand. I would really appreciate an explanation.

**Mr. Epp (Provencher):** I would be glad to give an explanation to Mrs. Finestone. I think all of us recognize in that article that you refer to, an article I was being interviewed about, certain, obviously biblical, perspectives I have and how they might affect my life. There is in that perspective a recognition that there will be poor people, no matter what society you are going to look at and no matter what measurement you are going to use. Many of those situations are circumstantial, but we are also personal agents of our own thoughts and our own actions and our own will. Sometimes when actions are taken, or that I might take, or any of us might take, they can have adverse circumstances, either in terms of how they might affect my life either positively or negatively, and that is what I was referring to.

• 1915

**Mrs. Finestone:** I thank you for that explanation, because it really pushes me to ask the second question.

## [Translation]

Rosenbaum, qui s'intéresse tout particulièrement aux stupéfiants. Étant donné que le Comité consacre le gros de son temps cette année à l'étude des stupéfiants, nous sommes très heureux de pouvoir le compter parmi nous, vu les grandes connaissances qu'il a en la matière et dont il pourra faire bénéficier le Comité. Bienvenue, donc, monsieur Rosenbaum.

Madame Finestone, c'est par vous que nous allons commencer. Nous allons suivre une formule plutôt relaxe. Vous aurez 10 minutes au départ, et nous aurons un deuxième et un troisième tours.

**Mme Finestone:** Merci beaucoup, monsieur le président.

Il est bon d'être de retour ici. Lorsque je suis devenue députée, ce Comité a été parmi les premiers auxquels j'ai siégé. C'était d'ailleurs vous qui présidiez à l'époque, et j'avais beaucoup appris. Vous aurez d'ailleurs l'occasion de constater que j'ai également beaucoup appris depuis.

**Le président:** Nous aussi, nous sommes heureux que vous soyez de retour.

**Mme Finestone:** J'aimerais citer une déclaration faite par le ministre, et j'aimerais bien qu'il nous explique ce que cela signifie. J'ai avec moi le numéro de mars-avril 1987 d'une revue intitulée: *Faith Today, Canada's Evangelical News Feature Magazine*. On voit sur la page couverture une très belle photo du ministre et le titre d'un article: *Saints in Caesar's Household*. J'aimerais bien savoir ce qu'il a voulu dire lorsqu'il a déclaré, et je cite:

Il nous faut reconnaître qu'il y a ceux qui sont pauvres à cause de circonstances, mais il y a également un grand nombre de personnes qui se trouvent dans leur situation à cause de décisions qu'elles ont elles-mêmes prises.

Le ministre pourrait-il m'expliquer ce qu'il entend par là? Franchement, j'ai du mal à comprendre. J'aimerais bien qu'il nous fournisse une explication.

**M. Epp (Provencher):** C'est avec plaisir que je donnerai une explication à M<sup>me</sup> Finestone. Je pense que tout le monde sait que cet article porte sur une entrevue que j'ai accepté de faire et qui portait sur les perspectives bibliques et autres que j'ai, et sur l'incidence que cela a sur ma vie. S'inscrit dans cette perspective la reconnaissance que, quelle que soit la société et quel que soit le barème que vous allez utiliser, il y aura toujours des pauvres. Dans bien des cas, ce sera à cause des circonstances, mais il ne faut pas oublier que nous sommes tous responsables de nos propres pensées, de nos propres actes et de notre propre volonté. Nos actes peuvent déboucher sur des circonstances défavorables. En effet, si je fais quelque chose, cela peut avoir une incidence positive ou négative sur ma vie. C'est de cela que je voulais parler.

**Mme Finestone:** Je vous remercie de cette explication, car cela m'amène à vous poser une deuxième question.



[Texte]

The reality of poverty today in Canada—actually in 1984, which is the most recent year for which the statistics are available—is that 1.2 million children subsist below the poverty line, and this translates into 21% of all Canadian children. It is a rather dramatic increase because it was only 17% in 1981.

What I would like to ask you, Mr. Minister, is how many chose this way of life, given that you have just said that we are our own agents of our own thought, our own will.

**Mr. Epp (Provencher):** It might not have been the children, but let me give you a very specific case. You can have a family where it is an abusive family. It can be a family in which, for reasons of personal choice, finances are used not for children or for the necessities of life but for other purposes. The children are the victims of those circumstances. They have not chosen that, but they still are the victims of that circumstance. Some adults have made that decision. I think if you take a look at it and analyse it very carefully then you will come that conclusion yourself.

**Mrs. Finestone:** Mr. Minister, I would agree, having worked for a number of years in child abuse and in the whole field of family protection; but, when I read a statement which says “but many by their own decisions are where they are”, I find that very offensive, quite frankly. If you had said that some are there by their own decisions, I would not have even raised the issue. But, when I see the word “many”, that is very strong qualification, when I know that there are homelessness and poverty out there, there are food banks out there. You and I know equally well—and I think most of our colleagues know—that when there is poverty and when there is not enough food children do not develop well and the parents are not able to behave well because there is deprivation in that home.

I do not think there is a choice by many. There may be the few who choose to be street people or whatever they choose to be; but, from a Minister who is as concerned as you are—and I will give you that—and who is as ethical a gentleman as I think you are, I must say that I was totally upset when I read that.

That being said, you have said it and I regret that you have said it. I hope that you will rethink it because I do not know if that is really the degree to which you meant that, at least I sincerely hope that it is not.

I would like to go to another issue, unless you want to answer that.

**Mr. Epp (Provencher):** Obviously we do not agree.

**Mrs. Finestone:** I guess not.

[Traduction]

Les chiffres les plus récents dont nous disposons correspondent à l'année 1984. Cette année-là, 1.2 million d'enfants, soit 21 p. 100 des enfants canadiens, vivaient sous le seuil de la pauvreté. L'augmentation est très forte, car le pourcentage, en 1981, n'avait été que de 17.

Monsieur le ministre, étant donné que vous venez de nous dire que nous sommes nous-mêmes responsables de nos pensées, de notre volonté, etc., combien d'enfants ont choisi la vie qu'ils ont?

**M. Epp (Provencher):** Ce ne sont peut-être pas les enfants qui l'ont décidé. Je vais vous donner un exemple précis. Prenons une famille où il y a beaucoup de violence. Il se peut que ce soit une famille où, pour des raisons de choix personnel, l'argent est utilisé non pas pour les enfants ni pour les besoins essentiels, mais pour d'autres choses. Les enfants sont alors les victimes de ces circonstances. Ce ne sont pas eux qui ont fait le choix; ils sont les victimes des circonstances. Des adultes ont pris certaines décisions. Faites-en vous-même une analyse approfondie, et vous aboutirez, je pense, aux mêmes conclusions.

**Mme Finestone:** Monsieur le ministre, je suis d'accord avec vous. J'ai pendant plusieurs années travaillé dans le domaine de la protection des familles et des enfants battus. Mais lorsque je lis une déclaration du genre: «mais un grand nombre de personnes se trouvent dans leur situation à cause de décisions qu'elles ont elles-mêmes prises», bien franchement, je trouve cela très offensant. Si vous aviez dit que certains en sont là à cause de leurs propres décisions, je n'aurais même pas soulevé la question. Mais vous dites qu'ils sont nombreux. C'est assez fort, surtout lorsqu'on sait qu'il y a partout autour de nous des sans-abri, des pauvres et des soupes populaires. Vous et moi savons très bien—et je pense que c'est le cas de la plupart de nos collègues—que lorsqu'il y a de la pauvreté et lorsqu'il n'y a pas assez à manger, les enfants ne se développent pas bien et les parents se comportent mal à cause des privations qu'ils vivent.

Je ne pense pas qu'il s'agisse de choix pour un grand nombre de ces gens-là. Il y en a peut-être quelques-uns qui choisissent de vivre dans la rue... Mais de la part d'un ministre qui est si préoccupé par le problème—cela, je vous l'accorde—qui se conduit en fonction de principes d'éthique qui sont ceux d'un gentleman... Je dois dire que j'ai été bouleversée à la lecture de l'article.

Cela dit, vous avez fait cette déclaration, et je le regrette. J'espère que vous y repenserez, car je ne sais si vous vouliez aller jusque-là. J'espère sincèrement que non.

J'aimerais maintenant passer à autre chose, à moins que vous n'aimeriez me répondre là-dessus.

**M. Epp (Provencher):** Nous ne pourrions manifestement pas nous entendre là-dessus.

**Mme Finestone:** Sans doute que non.



[Text]

As you are well aware, in our communications portfolio we addressed the impact of your suggested program on AIDS. I was very concerned with the moralistic and, I felt, very hypocritical approach of the telecommunicators and made that point very clear. I do not think you were talking about casual sex; you were being a very responsible Minister and were promoting education, in my view. I think that education was prevention.

What has happened with the TV ads? Have you had any feedback?

**Mr. Epp (Provencher):** The position you took—which was reported to me, Mrs. Finestone—at the Communications committee was very helpful. I said that earlier to you personally and I say that publicly.

We were not trying to be moralistic in the TV ads. The Telecaster Committee of Canada, though they have not changed their opinion or their position—at least it has not come to my attention that they have. . . there have been meetings with the Canadian Association of Broadcasters. I believe they are more open. They are looking at some modifications. We are looking at a program with them. I do not know exactly what stage it is at.

Dr. Liston, maybe you could give us a little more focus on it. Maybe you can; maybe you cannot.

If Greg Smith were here, he is really the one who would have to give us that focus.

But let me just finish. We are looking at coming back, obviously, with an education program. There is absolutely no doubt in my mind that we need an education program. We also know that provinces are going to use different programs—there is controversy within your own home province, as you are well aware; in other provinces, equally so.

• 1920

As I say, I think the Canadian Association of Broadcasters has been forthright. The association have not been confronted with the issue as much as maybe Members of Parliament, and definitely not as much as those of us in Health and Welfare have.

In fairness to them, maybe they had to think that process through themselves somewhat. I do not know if Dr. Liston or Dr. Law can give me any further detail on it. I know there have been meetings and I have not been brought up to speed on this.

**Dr. A.J. Liston (Assistant Deputy Minister, Health Protection Branch, Department of National Health and Welfare):** Mr. Minister, I was not involved in the meetings themselves, but I understand from some of my colleagues that a meeting with the Canadian Association of Broadcasters, the CPHA, and departmental officials

[Translation]

Comme vous le savez, nous avons, dans le cadre de l'étude du portefeuille en matière de communications, traité de l'incidence qu'aurait le programme que vous avez proposé relativement au SIDA. J'ai été très ennuyée par l'approche moralisatrice qui a été prise et j'ai trouvé le message très hypocrite. Je ne pense pas que vous parliez de rapports sexuels de rencontre. Vous agissiez en tant que ministre très responsable et, à mon sens, ce que vous vouliez faire, c'était promouvoir l'éducation. Je pense que l'éducation est synonyme de prévention.

Que s'est-il passé avec les annonces télévisées? Avez-vous eu des nouvelles là-dessus?

**M. Epp (Provencher):** La prise de position que vous avez adoptée, madame Finestone—et cela m'a été rapporté—au Comité des communications a été très utile. Je vous l'ai déjà dit en privé, et je le répète ici en public.

Nous n'essayons pas d'être moralisateurs dans les annonces télévisées. Les représentants du *Telecaster Committee of Canada*, bien qu'ils n'aient pas changé d'opinion ni de position—en tout cas, pas que je sache. . . il y a eu des réunions avec l'Association canadienne des radiodiffuseurs. Je pense que ces gens-là sont plus ouverts. Ils sont en train d'envisager certains changements. Nous sommes d'ailleurs en train d'examiner un programme avec eux. Je ne sais trop à quelle étape nous en sommes.

M. Liston pourrait peut-être nous renseigner là-dessus. Peut-être que oui, peut-être que non.

Greg Smith n'est pas ici, mais c'est vraiment lui qui pourrait nous renseigner.

Quoi qu'il en soit, permettez-moi de terminer. Nous sommes évidemment en train d'étudier la possibilité de mettre au point un programme éducatif. Il n'y a pas le moindre doute dans mon esprit que ce qu'il nous faut, c'est un programme d'éducation. Nous savons par ailleurs que les provinces vont utiliser des programmes différents. Comme vous le savez, il y a déjà une controverse ici, dans notre province, et il en est de même ailleurs.

Comme je l'ai dit, l'Association canadienne des radiodiffuseurs a été très franche. L'association n'a pas été confrontée au problème autant que les députés, et certainement pas autant que les gens du ministère de la Santé et du Bien-être social.

Pour être juste envers eux, il faudrait peut-être que je dise qu'il y a des chances qu'ils ont eux-mêmes dû décortiquer tout ce processus. MM. Liston et Law pourraient peut-être nous fournir davantage de précisions là-dessus. Je sais qu'il y a eu des rencontres, mais les renseignements dont je dispose ne sont peut-être pas tout à fait à jour.

**M. A.J. Liston (sous-ministre adjoint, Direction générale de la protection de la santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Monsieur le ministre, je n'ai pas moi-même participé aux réunions, mais si je me fie à ce que m'ont dit certains de mes collègues, une rencontre avec l'Association canadienne des

[Texte]

resulted in a strong commitment to approach this as an item that they would be prepared to work on, shall I say, more aggressively. Rather than trying to defend the past, and so on, they were looking for opportunities to participate in this information education.

**Mrs. Finestone:** I thank you for that clarification. I was taken aback. . . Mr. Minister, I have a 90-year-old mother-in-law, and after these issues came to the fore—she does watch a fair amount of morning television from the United States, and she has had a very rounded education, if I may suggest, from these educational programs—she called me and wanted to know how my 25-year-old son was handling his sex life. And I said mother, when have you been interested in my son's sex life? She said, well, I want to know if he is walking around with a condom in his pocket. I said, I really do not know. And she was insistent that I discuss the issue with him.

The reason I raise that here, because it is a true story, is the fact that I think education—we talk about education's being a provincial jurisdiction, and that is one aspect. But prevention and education are national issues when the case of health and well-being is involved. And that is why I wondered what was happening.

Are you of the view that at least through the national broadcasters, both radio and television, we would be able to impact without having a confrontation at the provincial-federal level?

**Mr. Epp (Provencher):** Excuse me, Mrs. Finestone, but what do you mean by confrontation at the federal-provincial level?

**Mrs. Finestone:** I thought you did bring up the fact that Mme Thérèse Lavoie-Roux of my province had some concerns.

**Mr. Epp (Provencher):** No, I am sorry; I meant within her provincial program, which we have no—

**Mrs. Finestone:** Okay. I am interested in the program on the national stage. You are not anticipating any problems?

**Mr. Epp (Provencher):** We have not encountered any. We raised the matter of AIDS, that we would have to get involved much more deeply. We held our first meeting back in the fall of 1984. What I said about education. . . I meant provincial programs within provincial jurisdiction, and obviously there is controversy there, and I really cannot comment on it any further. I have no doubt that more education is needed. The best route for that education, I think most educators would agree, is through the school system. That takes you, and I am not trying to avoid any responsibility, very quickly into how the provinces decide, in fact, to convey information: who does it and how.

[Traduction]

radiodiffuseurs, l'Association canadienne d'hygiène publique et des représentants du ministère aurait débouché sur un engagement très ferme, de la part de tous, à travailler à ce dossier, de façon, disons, plus dynamique. Au lieu d'essayer de défendre le passé, etc., ce qui les intéresse, c'est de trouver des moyens de participer à ces programmes d'éducation et d'information.

**Mme Finestone:** Je vous remercie pour cet éclaircissement. Cela m'a un peu étonnée. . . Monsieur le ministre, ma belle-mère a 90 ans, et lorsque toute cette question a fait la une. . . elle regarde souvent le matin des émissions de télévision en provenance des États-Unis. Ces émissions à vocation éducative lui ont certainement dressé tout un tableau. Elle m'a téléphoné et elle voulait savoir comment mon fils, qui est âgé de 25 ans, avait organisé sa vie sexuelle. Je lui ai alors demandé depuis quand elle s'intéressait à la vie sexuelle de mon fils. Elle m'a dit qu'elle voulait savoir s'il se promenait avec un condom dans sa poche. Je lui ai dit que je n'en savais rien. Elle a insisté, car elle tient à ce que j'en discute avec lui.

Si je soulève cela ici—et c'est une histoire vraie—c'est que je pense que l'éducation. . . On dit que l'éducation relève des provinces. C'est là un aspect de la situation. Mais lorsqu'il s'agit de la santé et du bien-être de l'ensemble des Canadiens, il me semble que la prévention et l'éducation deviennent alors des responsabilités nationales. C'est pourquoi je me demande ce qui se passe.

Pensez-vous que nous puissions intervenir au moins au niveau des radiodiffuseurs nationaux, tant à la radio qu'à la télévision, sans que cela amène une confrontation entre les paliers fédéral et provincial?

**M. Epp (Provencher):** Excusez-moi, madame Finestone, mais qu'entendez-vous par confrontation entre les paliers fédéral et provincial?

**Mme Finestone:** Il m'avait semblé vous avoir entendu dire que M<sup>me</sup> Thérèse Lavoie-Roux, dans ma province, avait certaines préoccupations à ce sujet.

**M. Epp (Provencher):** Non. Je voulais parler de son programme provincial, au niveau duquel nous n'avons aucune. . .

**Mme Finestone:** Très bien. Je m'intéresse au programme national. Vous ne prévoyez pas de problèmes?

**M. Epp (Provencher):** Nous n'en avons pas encore eu. Nous avons soulevé la question du SIDA, et nous allons devoir nous en occuper beaucoup plus. Nous tenions notre première réunion à l'automne 1984. Ce que j'ai dit au sujet de l'éducation. . . ce que j'ai voulu dire, c'est que les programmes provinciaux relèvent des provinces, et il y a manifestement une controverse à ce niveau-là et au sujet de laquelle je ne peux rien vous dire de plus. Il est clair dans mon esprit qu'il faut faire plus d'éducation. Et le meilleur mécanisme pour ce faire—et la plupart des enseignants seraient, je pense, d'accord—c'est le système scolaire. Je n'essaie aucunement de m'esquiver, mais cela vous ramène très vite aux provinces et au choix qu'elles



[Text]

**Mrs. Finestone:** That being said, I would just like to go to one last aspect of this particular issue, and again I will use my family. I have a son who is a doctor, who tells me that the tests that are done for AIDS are far from conclusive and often misleading. And he and his colleagues have had many discussions about this at the medical level. I would like to know what we are doing, in terms of research and development, in the testing aspect of AIDS, so that we can get a proper kind of result that will not give someone a heart attack. We do not know whether the results are well founded or not unless we use the American test.

**Mr. Epp (Provencher):** When you ask me that question, are you talking about whether they have been testing zero-positive, that they have been in contact with the virus, or have they already either ARC or HIV?

**Mrs. Finestone:** May I suggest, Mr. Minister, you answer all those questions. I did not ask him all those details. I did not even know enough about it to ask the questions. I cannot give you the answer.

• 1925

**Mr. Epp (Provencher):** In terms of testing and whether or not those tests are efficacious, Dr. Liston, do you want to give any technical detail on those, please?

**Mrs. Finestone:** I would first like to know, is what the doctors are saying the case? If so, what are we doing?

**Dr. Liston:** Thank you.

First of all, the test that is first used, the so-called antibody test for HIV infection, is a record of a exposure and whether or not, much like a TB patch test, one has been exposed to the virus. But it does not give an indication of whether the person is still a carrier of the virus. We do not have that much information yet.

That first test, that first screening test is usually confirmed by other test methodologies—Western Blot and ELISA tests and so on—but I will not go into the technical elements. Suffice it to say that we recognize that the first test is good for screening and that it needs to be confirmed if one is to talk with more certainty about the individual being a confirmed seropositive individual who might progress towards either ARC or AIDS.

With respect to what work is being done to try and make the tests more specific or more certain, certainly in the Laboratory Centre for Disease Control, which is part of the Department of National Health and Welfare, we are working on new monoclonal antibody methods of trying to detect the virus per se and not necessarily just the antibodies to it.

[Translation]

feront quant à savoir qui s'occupera de l'éducation et comment ce sera fait.

**Mme Finestone:** Cela étant, j'aimerais passer à un autre aspect de cette même question, et je vais de nouveau utiliser ma famille à titre d'exemple. J'ai un fils qui est médecin, et il me dit que les tests qui sont faits pour le SIDA sont loin d'être concluants et que les résultats sont souvent trompeurs. Lui et ses collègues en ont souvent discuté, sur le plan strictement médical. J'aimerais savoir ce que vous faites au niveau de la recherche et du développement, et je songe aux tests utilisés pour dépister le SIDA, car il serait bon d'avoir un système qui donne des résultats qui ne provoqueraient pas des crises cardiaques chez les gens. A moins d'utiliser le test américain, nous ne pouvons pas savoir si les résultats sont fiables ou non.

**M. Epp (Provencher):** Lorsque vous me posez la question, parlez-vous des tests visant à savoir si l'intéressé est séropositif, c'est-à-dire s'il a été en contact avec le virus, ou bien au test qui permet de savoir si le malade a déjà été infecté par le virus ARN ou par le virus de l'immunodéficience?

**Mme Finestone:** Monsieur le président, ce serait bien si vous pouviez répondre à toutes ces questions. Je ne lui ai pas demandé tous ces détails. Je n'étais même pas suffisamment renseignée pour pouvoir lui poser ces questions. Je ne peux pas vous en donner la réponse.

**M. Epp (Provencher):** En ce qui concerne l'efficacité des tests, je demanderais à M. Liston de vous répondre du point de vue technique.

**Mme Finestone:** Mais est-ce bien ce que pensent les médecins? Si c'est le cas, que faisons-nous?

**M. Liston:** Merci.

Tout d'abord, le test qui est d'abord utilisé et qui vise à dépister les anticorps dans le cas d'une infection éventuelle au virus HIV, c'est un test d'exposition au virus, qui ressemble un peu au test épicutané de tuberculose. Ce test ne révèle cependant pas si la personne est toujours porteuse du virus. Nous ne savons pas encore détecter cette information-là.

Le premier test de dépistage est d'habitude confirmé par d'autres tests, comme l'*immuno-blouting* et la méthode ELISA, mais je n'entrerai pas dans les détails techniques. Qu'il me suffise de vous dire que le premier test en est un de dépistage et qu'il faut ensuite confirmer que l'individu est séropositif et qu'il pourrait développer soit le parasida, soit le sida.

En ce qui concerne les efforts visant à rendre les tests beaucoup plus précis et certains, je signale que le Centre de contrôle des maladies du ministère de la Santé cherche actuellement à élaborer des anticorps monoclonaux qui permettent de dépister le virus, et pas nécessairement uniquement ses anticorps.



[Texte]

**Mrs. Finestone:** Could I have another moment or am I over my time?

**The Chairman:** You are a little over time now, but since you are on the topic, I will let you carry on.

**Mrs. Finestone:** You have said that if the initial screening test is a confirmed seropositive, if that were to happen to any of us, I think we would all have very serious concerns because it is life-threatening; is that correct? What is the time lapse between the time that my doctor might tell me that I am a confirmed seropositive and I can have the other tests which you referred to, which can confirm it? What is the time lapse in that kind of situation? First, do you have to go to a highly specialized centre to get this? Second, the time lapse. And third, do the Americans have a much better basic test, better original screening test?

**Dr. Liston:** Let me say first of all that we have been in constant contact with our counterparts in the United States and have worked jointly on a number of initiatives. Whatever technology they have, they have shared with us and we with them, because we perceive it as a common threat. Their technology is no different from ours.

**Mrs. Finestone:** So the first step, the screening, is still a heart attack if you get the result.

**Dr. Liston:** I am not certain they would necessarily qualify it as a heart attack.

**Mrs. Finestone:** I would.

**Dr. Liston:** But if one were at risk or had reason to suspect that one might have been exposed to the virus, there would have been contact with the physician and the physician, upon seeing a seropositive result, would in due course, as a necessary consequence of it, seek for confirmation by other test methodology. That then starts to become part of the provincial responsibility to have individuals tested who have shown seropositivity in the first test. So provincial laboratories for diagnosis and so on carry out that function. I cannot speak to how much time is required. I suspect it is minimal.

**The Chairman:** Thank you very much, Mrs. Finestone.

**Mrs. Finestone:** Thank you for your patience.

**The Chairman:** You are very welcome.

Thanks Dr. Liston. Mr. Young, you have 15 minutes, too.

**Mr. Young:** I will try to be brief.

Mr. Chairman and Mr. Minister, it is a pleasure to be back on this committee. I have not been here for about a year. When I take a look at the issues that this committee deals with, I think I will start lobbying to get back on the committee. It is very interesting.

**The Chairman:** You are welcome to come back.

[Traduction]

**Mme Finestone:** Me permettez-vous de poursuivre?

**Le président:** Votre temps est déjà écoulé, mais je vous permets de poursuivre sur le sujet.

**Mme Finestone:** Si l'un de nous devait se voir confirmer qu'il est séropositif à la suite d'un test de dépistage, nous serions évidemment très inquiets, puisque ce virus met en danger notre vie, n'est-il pas vrai? Quel est l'intervalle de temps qui s'écoule entre le moment où le médecin m'annonce que je suis séropositive et celui où je peux subir les autres tests dont vous avez parlé me le confirmant? Combien de temps faut-il attendre? Faut-il subir ces tests dans un centre spécialisé? Et troisièmement, les Américains ont-ils un meilleur test de base, qui permette de dépister les cas avec plus de certitude?

**M. Liston:** Nous sommes constamment en communication avec nos homologues américains et nous avons partagé un certain nombre de projets. Quelles que soient les méthodes suivies, ils les partagent avec nous et vice-versa, étant donné que la menace est universelle. Les méthodes suivies là-bas ne diffèrent pas des nôtres.

**Mme Finestone:** Mais les résultats de l'étape initiale, celle du dépistage, peuvent toujours vous pétrifier, n'est-ce pas?

**M. Liston:** Ils ne vous pétrifient pas nécessairement.

**Mme Finestone:** Dans mon cas, si.

**M. Liston:** Si quelqu'un fait partie de la population à risque ou soupçonne qu'il pourrait avoir été exposé au virus, il faudrait communiquer avec le médecin, qui, si les résultats sont séropositifs, cherche normalement à faire confirmer le test de dépistage par une autre méthode. Mais il revient alors à la province de faire confirmer par d'autres tests ceux qui sont séropositifs. Ce sont donc les laboratoires provinciaux qui font le diagnostic. Je ne sais pas combien de temps il faut pour cela, mais j'imagine que le tout se fait rapidement.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Finestone.

**Mme Finestone:** Merci d'avoir été patient.

**Le président:** Je vous en prie.

Merci, monsieur Liston. Monsieur Young, vous avez 15 minutes.

**M. Young:** Je serai bref.

Monsieur le président et monsieur le ministre, c'est un plaisir que de revenir siéger à ce comité-ci, dont j'ai été absent pendant à peu près un an. Mais si je jette un coup d'oeil à tout ce qui intéresse le Comité, j'ai le goût de demander à y être affecté à nouveau. Tout cela est fort intéressant.

**Le président:** Si vous souhaitez revenir, vous êtes le bienvenu.

[Text]

**Mr. Young:** I have several questions I want to ask. The first one concerns the improvements to the Canada Pension Plan which this committee dealt with just about a year ago at this time and which went through the House last summer and became effective on January 1 of this year.

• 1930

My primary concern is the disability improvements in the Canada Pension Plan. If you will recall, Mr. Minister, I raised both in committee and in the House, while we were dealing with that legislation, that unless some guarantees were given both by the provinces and the private sector, that many employers and provinces would view those increases in the disability portion of the CPP as a windfall rather than as an improvement to the individual's replacement income on retirement.

Unfortunately there is enough evidence to indicate that my fears were well-grounded. A number of provinces have been adjusting their own social assistance programs to—I was going to use the word to steal the money from those individuals. That may be too strong, but even if I were to use that word, I think it would express my sentiment exactly.

It is not only provinces. I am beginning to get letters now from individuals across the country who were receiving a disability pension under a private, long-term disability plan, and the employer is now deducting the improvements under the CPP from their long-term disability pay-out. In fact, one woman, rather than receive the increase of—I think it was around \$149 was it not, Jake?

**Mr. Epp (Provencher):** I think the maximum is around \$150, \$154, Neil, in that area, \$150, give or take.

**Mr. Young:** Well, whatever. Say it was \$154. One woman in British Columbia, after the employer deducted that equal amount from his obligations under the long-term disability plan that he had, had a net gain of \$4.09 on her income. That is absolutely disgraceful, and it is something that really we in this House should do something about.

If you recall, while we were discussing the improvements to the Canada Pension Plan, this committee was faced with a dilemma; some of us felt that some additional improvements could have been made to these amendments but we were advised that because it was a negotiated agreement between the provincial governments and the federal government, because there was actually a consensual document, it could screw the whole negotiation up if Members of Parliament were to put forward some additional amendments. On that basis, we in the opposition co-operated with the government and agreed to speed those amendments through the House.

However, the provincial governments, who were a party to these negotiations which were conducted in good faith,

[Translation]

**M. Young:** J'ai plusieurs questions à poser. Je voudrais d'abord aborder les améliorations au Régime de pensions du Canada sur lesquelles s'est penché notre Comité il y a à peu près un an et qui ont été déposées à la Chambre l'été dernier, avant d'entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier dernier.

J'aborderai d'abord les améliorations apportées au chapitre de l'incapacité au Régime de pensions du Canada. Au moment de l'étude du projet de loi, vous vous rappellerez, monsieur le ministre, qu'à la Chambre et en comité, j'avais expliqué qu'à moins d'obtenir des garanties de la part des provinces et du secteur privé, de nombreux employeurs et provinces considéreraient les augmentations prévues au titre de l'incapacité comme une prime pour eux, plutôt que comme une façon d'améliorer le revenu de remplacement à la retraite.

Malheureusement, tout prouve que mes craintes se sont confirmées. Certaines provinces ont déjà rajusté leurs propres programmes d'assistance sociale pour pouvoir voler, si j'ose dire, cet argent des bénéficiaires. Le mot «voler» est peut-être trop fort, mais il exprime exactement ce que je ressens.

Les provinces ne sont pas les seules à blâmer. Je reçois des lettres de Canadiens de partout au pays qui recevaient autrefois une pension d'incapacité que leur versait un régime privé d'incapacité à long terme; or, l'employeur déduit maintenant les rajustements à la hausse du RPC de leur chèque d'incapacité. En fait, une de mes correspondantes n'a pas reçu l'augmentation prévue de 149\$, je crois.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Young, je pense que le maximum était de 150\$, ou de 154\$.

**M. Young:** Bien, supposons qu'il s'agissait de 154\$. Or, cette femme, qui habite la Colombie-Britannique, a vu son revenu augmenter de la valeur nette de 4,09\$, après que son employeur eut déduit l'équivalent de ce qu'il était obligé de lui verser en vertu du régime d'incapacité à long terme. Voilà qui est tout à fait honteux et que nous devrions chercher à corriger, à la Chambre.

Vous vous rappellerez que, lors des discussions sur les rajustements à la hausse au Régime de pensions du Canada, notre Comité avait eu à faire face à un dilemme: certains d'entre nous estimaient qu'il aurait fallu apporter encore d'autres rajustements à la hausse au Régime de pensions du Canada. Or, on nous a fait comprendre que, puisqu'il s'agissait d'une entente négociée entre le gouvernement fédéral et les provinces et que cette entente faisait l'objet d'un consensus, cela pourrait entraver la bonne marche des négociations si les députés proposaient des amendements supplémentaires. Voilà pourquoi nous, de l'opposition, avons accepté de collaborer avec le gouvernement pour accélérer l'adoption de ces amendements à la Chambre.

Or, les gouvernements provinciaux, qui avaient mené, en toute bonne foi, les négociations et en avaient accepté



[Texte]

are now doing something quite contrary to the spirit, not only of these amendments, but what Parliament wished to express, which was to improve the condition of retired persons, many of whom were living in abject poverty.

I am not sure if I am raising a question with you, Jake, as much as expressing some anger really. Perhaps this committee or even the government should begin to take a look at some means of forcing those individuals to pass on that increase.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, what Mr. Young has said, I agree with absolutely, so there is not a word that I would change, and I have expressed it very similarly. That being the case, how does one reach a conclusion or a solution? I want to say to you, Mr. Young, and to the committee, that in the House a number of my colleagues have raised this issue because they thought it was almost a violation of Parliament's will, namely that we had passed on the money by agreement and suddenly we found that the very neediest were not getting the money.

Was it was inherent in the Canada Assistance Plan? Would there have to be amendments to the Canada Assistance Plan in order for the provinces, in fairness to the provinces, not to be seen to be in violation of the Canada Assistance Plan? My officials have worked very diligently on this, Mr. Young, because there was no philosophical argument. Often there is an argument about who pays, the province or the federal government. There was no philosophical argument; but rather, could we come to a solution?

• 1935

Mr. Chairman, if I take a bit of time on this, I hope you do not feel I am violating either the committee's time or Mr. Young's specifically. You know about the difficulty of the pass-through. But let me literally read it:

After extensive examination, we have concluded that the CPP disability increases do not fall within the definition of federal income maintenance payments. Therefore, on that basis, I have written to my provincial counterparts, informing them of this fact; which means that provinces will not be required to deduct the whole of CPP disability increases from social assistance or payments to disabled recipients, and the social assistance so paid will be share-able under CAP. It is expected. . .

—I think—

. . . that all the provinces will pass on now the CPP disability increases and they will not incur. . .

—that is, the provinces—

. . . any additional costs as a result.

[Traduction]

l'issue, vont maintenant à l'encontre non seulement des amendements, mais de la décision du Parlement, qui visait à améliorer le sort des retraités, dont de nombreux vivent dans la plus abjecte des pauvretés.

Ce n'est pas tant une question que je vous pose, monsieur le ministre, que ma colère que j'exprime. Notre Comité, et même le gouvernement, devrait se demander comment faire pour obliger les intéressés à transmettre l'augmentation aux bénéficiaires.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je ne puis que souscrire sans réserve à tout ce qu'a dit M. Young: j'aurais dit exactement la même chose. Mais comment trouver une solution? Monsieur Young, je signale au Comité qu'un certain nombre de mes collègues ont soulevé cette question à la Chambre, tout simplement parce qu'il leur semblait que l'on enfreignait ainsi la décision du Parlement de donner, par un protocole d'entente, plus d'argent aux nécessiteux, alors que ce n'est malheureusement pas le cas.

Cela tient-il à la nature même du Régime d'assistance publique du Canada? Faudrait-il amender le Régime d'assistance publique du Canada afin que les provinces, pour être juste envers elles, ne semblent pas enfreindre le Régime d'assistance publique? Monsieur Young, mon ministère s'est penché avec diligence sur cette question, puisque cela ne soulevait pas, après tout, de débat philosophique. Très souvent, on peut se demander qui, de la province ou du gouvernement fédéral, doit payer. Or, dans le cas qui nous occupe, il n'y a aucun débat philosophique; il s'agit plutôt de se demander comment trouver une solution.

Monsieur le président, si je prends plus de temps à vous répondre, j'espère que je ne m'imposerai ni au Comité ni à M. Young. Vous savez à quel point il peut être difficile de faire parvenir de l'argent aux intéressés. Laissez-moi vous lire ce que j'ai sous les yeux:

Après avoir longuement étudié la situation, nous avons conclu que les augmentations d'incapacité en vertu du RPC ne pouvaient être considérées comme des paiements de maintien du revenu du gouvernement fédéral. Par conséquent, j'en ai informé par lettre mes homologues provinciaux: autrement dit, les provinces n'auront pas à déduire la totalité des augmentations d'incapacité en vertu du RPC des paiements d'assistance sociale qu'elles versent aux bénéficiaires invalides, et l'assistance sociale ainsi versée pourra être partagée en vertu du Régime d'assistance publique du Canada. On espère maintenant. . .

—je pense—

. . . que toutes les provinces transmettront désormais aux intéressés les augmentations d'incapacité en vertu du RPC, sans que cela entraîne pour elles. . .

—c'est-à-dire les provinces—

. . . de frais supplémentaires.



[Text]

So we believe with the letters we have done and the interpretation we have sent we are backed up. The Auditor General might take another look at that. That, of course, I cannot direct, or even determine. But we feel that is within the ambit of the definition of "income maintenance payments". So we believe with that now having gone out to the provinces—they should have those letters in their hands within a day or two—it should now enable them to do that at the provincial level.

That does not answer the entire question you put forward, Mr. Young. There are also some other plans; self-insured plans. That is a list of between 15 and 20 self-insured plans where the pass-through has not taken place or is not taking place at the present time. We have written to them as well. We have had one response. The reason I have made public one name is of the response I received. That was the George Weston company; and I have mentioned that publicly as well.

There are three groups that fall within those 15 to 20 companies. There are industrial companies, institutional groups, and there are also labour unions involved. So there are between 15 and 20 within that group. Hopefully they will respond positively, because I think it was very clearly the will of Parliament that the disability increases were supposed to be... people were to be better off after Parliament had acted, rather than being at the same spot as prior to our action.

**Mr. Young:** I do not mind you taking up some of my time, because I think the question is important enough that it should be fully aired. But may I make a suggestion to you?

**Mr. Epp (Provencher):** Of course.

**Mr. Young:** If the provinces find that your letter and the message you are sending out there are perfectly reasonable, for those groups other than provincial governments who are doing this, the 15 to 20, would you be prepared at that point to seek the agreement of your provincial counterparts to find some way of amending the Canada Pension Plan so that this kind of thing would be prohibited in future? I do not know what it would require in terms of legislative amendments.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Young, I cannot answer that directly. We will examine your suggestion and see what the implications are, and I will respond to you in writing on what the implications are.

**Mr. Young:** Sure.

**Mr. Epp (Provencher):** I do not know them at this stage. If that is acceptable to you, I would be willing to go that route.

**Mr. Young:** I do not for one minute minimize the difficulties involved. I fully understand them. But yes, if you could do that, that would make me perfectly happy.

**Mr. Epp (Provencher):** Let me make one thing clear, if I might. Amendments to the Canada Assistance Plan were discussed not in terms of the CPP context, but of various aspects of the Canada Assistance Plan; whether there

[Translation]

Nous sommes donc protégés, d'après nous, par les lettres que nous avons envoyées et par l'interprétation juridique de la situation. Évidemment, le vérificateur général sera peut-être d'un autre avis. Cela ne relève pas de moi. Mais nous pensons que tout dépend de la définition des «paiements de maintien du revenu». Comme les provinces recevront notre lettre d'ici quelques jours, elles pourront donc rajuster leurs paiements.

Mais cela ne répond pas entièrement à votre question, monsieur Young. Il existe également d'autres régimes, comme les régimes d'auto-assurance, qui n'ont pas encore transmis aux bénéficiaires les augmentations; il y a entre 15 et 20 de ces régimes d'auto-assurance à qui nous avons également écrit, mais seulement l'un d'entre eux nous a répondu. La seule compagnie de qui j'ai reçu une réponse, et je l'ai déjà dit publiquement, c'est la compagnie George Weston.

Cette vingtaine de régimes d'auto-assurance se retrouvent dans trois catégories de compagnies, soit les industries, les institutions et les syndicats. Nous espérons que tous réagiront favorablement, puisqu'il était clairement dans l'intention du Parlement d'aider ces gens plutôt que de les laisser à leur sort.

**M. Young:** Je ne vous en veux pas de prendre autant de temps pour répondre, car la question me semble suffisamment importante. Me permettez-vous une suggestion?

**M. Epp (Provencher):** Bien sûr.

**M. Young:** Si les provinces réagissent favorablement à votre lettre et que la vingtaine d'entreprises dont vous parlez continuent à agir ainsi, seriez-vous prêt à demander à vos homologues provinciaux d'accepter avec vous d'amender le Régime de pensions du Canada pour qu'il devienne impossible à ces entreprises d'agir ainsi? Je ne sais même pas ce que cela pourrait signifier en termes d'amendement à la loi.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Young, je ne puis vous répondre aussi directement. Il faut d'abord se demander ce que cela peut impliquer du point de vue pratique pour tous les intéressés, mais je vous répondrai par écrit.

**M. Young:** Bien sûr.

**M. Epp (Provencher):** Je ne sais pas encore qui sont les autres contrevenants. Mais si cela vous convient, c'est ce que je préférerais faire.

**M. Young:** Je ne veux pas minimiser les difficultés. Je comprends fort bien. Mais si vous pouviez me répondre par écrit, j'en serais fort heureux.

**M. Epp (Provencher):** Permettez-moi une précision: lors de notre dernière réunion fédérale-provinciale des ministres des Affaires sociales, nous avons discuté d'amendements éventuels non pas au Régime de pensions

[Texte]

should be amendments to it. Those were discussed at our last Social Affairs Ministers' federal-provincial meeting. There was great reluctance among the provinces to get involved in a reworking of the Canada Assistance Plan. They all remember the period "pre" the Canada Assistance Plan. They were also concerned that this plan was on a cost-shared basis, and would the philosophical underpinnings in any review change? So it was also on the basis of that knowledge that we have gone this route, in the hope that we can solve this problem.

• 1940

**Mr. Young:** I will leave that with you then. If you could respond to me the way you have suggested, I would be quite pleased to do that.

The other question I have is on the Canada Assistance Plan itself and its application to providing assistance to the disabled population in our country. The Canadian Association for Community Living were in Ottawa last week, and I had a very productive discussion with them, as did other members of the Disabled committee. They raised an issue that we discussed on the special committee on the disabled which produced the *Obstacles* report and a number of subsequent reports concerning independent living and de-institutionalization.

I have never had the opportunity to ask you or officials this question, but on de-institutionalization very often the response we get from policy-makers is that you are talking about an extremely expensive proposition: to take people out of institutions and give them some support services in the community to allow them to live as independently as possible. One of the questions I continually ask—and other members of the Disabled committee have too—is that on the surface we have some figures that indicate that it costs about \$45,000 to \$50,000 a year on average to maintain an individual in an institution whereas to allow that individual to live within the community with adequate support services would cost \$9,000 or \$10,000 or \$11,000 a year. So the difference in cost is quite dramatic.

In fact, the Department of Veterans Affairs has a very successful program—the VIP program, George Hees likes to call it—and it is the Veterans Independence Program. They found that to be very effective both in terms of benefit for the individual veteran and definitely on a cost basis for the department.

Has your department looked at that any more closely at all, or have you even looked at that since you became Minister? The previous Minister claimed that they did, but I never saw any evidence that they had.

**Mr. Epp (Provencher):** First, on the Canadian Association for Community Living, I think all of us, in whatever way we can help, which is within our mandate and within the financial scopes that any of us have, want to do so. It is an association that has not only been in the forefront but I think a lot of us commend the work they have done.

[Traduction]

du Canada, mais plutôt au Régime d'assistance publique du Canada. Or, les provinces hésitaient beaucoup à rouvrir le dossier du Régime d'assistance publique du Canada. Tous se sont souvenus de l'époque où il n'y avait pas de Régime d'assistance publique du Canada. De plus, puisqu'il s'agissait d'un régime à frais partagés, tout changement éventuel supposerait-il la modification des prémisses philosophiques? Voilà pourquoi nous avons préféré agir comme nous l'avons fait, dans l'espoir de résoudre le problème.

**M. Young:** Je vais donc clore le sujet. Mais si vous pouviez me répondre par écrit, comme vous l'avez laissé entendre, cela me conviendrait.

J'aimerais maintenant aborder la façon dont le Régime d'assistance publique du Canada s'applique aux invalides de notre pays. L'Association canadienne pour l'intégration communautaire était à Ottawa la semaine dernière, et tout comme les autres membres du Comité sur les invalides et les handicapés, j'ai pu discuter très profitablement avec elle. L'association a parlé d'une question qui avait été soulevée au comité spécial qui a publié le rapport «Obstacles», ainsi que d'autres rapports subséquents, notamment sur l'intégration des invalides dans la collectivité et leur indépendance de vie.

Je n'ai jamais eu l'occasion de vous interroger, vous ou vos collègues, à ce sujet, mais ceux qui rédigent les politiques objectent souvent à la proposition de retrait des invalides des institutions qu'il coûterait extrêmement cher d'assurer aux invalides les services de soutien communautaires qui leur permettraient de vivre avec le plus d'indépendance possible. Ce que je me demande—et ce que se demandent les autres membres du Comité des invalides et des handicapés—c'est d'où vient exactement cette objection, puisque l'on a calculé qu'il coûtait de 45,000\$ à 50,000\$ par année pour placer un invalide dans une institution, alors qu'il n'en coûterait que 10,000\$ par année environ pour le laisser vivre dans la communauté avec l'aide de services de soutien adéquats. Il me semble que la différence de coût saute aux yeux.

En fait, le ministère des Affaires des anciens combattants a mis sur pied un programme très fructueux qui s'appelle le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, le Programme VIP, comme l'appelle George Hees. C'est un programme qui est très rentable à la fois pour l'ancien combattant et pour le ministère.

Avez-vous envisagé la possibilité de faire la même chose depuis que vous avez accédé à ce poste? Votre prédécesseur prétend avoir étudié cette proposition, mais rien ne prouve jusqu'à maintenant qu'il l'ait fait.

**M. Epp (Provencher):** Tout d'abord, en ce qui concerne l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, je pense que nous cherchons tous à l'aider, dans la mesure où c'est dans notre mandat et notre budget. Non seulement cette association est le chef de file de ce mouvement, mais elle a fait de l'excellent travail.



## [Text]

If I can just be parochial for a minute, in a few days the Association for Community Living is going to be giving an award in my own home town to the group there for 30 years of service. I remember that 30 years ago in a small community parents started that type of work because there was nobody else. They started with the Kinsmen. It was a service club and they saw a need. Today when you take a look at what they have done. . . For instance, they integrated the students into a school where my wife was teaching, without any ripple; it was simply done. Nobody literally thought twice about it. Almost the newest building in the community now is another new building for the ACL.

But its absolute bedrock has been concern and volunteers, and I can only commend them for it.

On the proposal, I want to say this, Mr. Young. There have been discussions on a proposal—I shall put it in that term because I do not want to put it in a framework other than it should be put into—with departmental staff and also with my own personal staff—I understand that it has also been discussed with the ACL; at least that is the information I have received—involving a proposal that we could encourage provincial governments who are in the process of further de-institutionalization as to how we might not only further that process but also integrate those people into the community. I do not have that proposal in front of me. It has not been worked out to the point that there would be a recommendation to me. It is not at that stage, as I understand it, but those discussions have taken place. I would look forward to receiving a proposal like that for evaluation. I do not have it today yet.

• 1945

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Young, and maybe we will move on to the next. Mr. Hamelin.

**M. Hamelin:** Monsieur le ministre, bonsoir.

**M. Epp (Provencher):** Bonsoir.

**Mr. Hamelin:** The Chairman presented me as an irregular member, then maybe you could expect irregular questions.

Monsieur le ministre, en matière de santé, vous vous proposez de dépenser 29,021 millions de dollars. C'est beaucoup d'argent. Évidemment, les besoins sont toujours insatiables et les ressources de plus en plus limitées. Pourtant, monsieur le ministre, je regarde les différents services qui relèvent de votre ministère, et je pense que les médecins qui sont ici peuvent en témoigner, tout organisme vivant a une tendance naturelle à une homéostasie positive. C'est un beau terme pour parler de tendance à l'obésité, n'est-ce pas? L'obésité financière. Et puis, en même temps, ces organismes-là, la plupart du

## [Translation]

Laissez-moi prêcher pour ma paroisse pendant quelques instants: dans quelques jours, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire accordera dans ma ville natale un prix à une association semblable qui existe depuis 30 ans déjà. En effet, il y a déjà 30 ans, un groupe de parents d'une petite localité a commencé à faire exactement ce genre de travail, tout simplement parce que personne d'autre ne le faisait. Ces parents se sont associés avec le Club Kinsmen pour répondre à un besoin. Or, aujourd'hui, ils ont accompli des miracles. . . Ainsi, ils ont intégré les élèves handicapés à une école où enseignait ma femme, sans que personne ne bronche. Personne n'y a trouvé à redire. Un des édifices les plus récents de la localité est maintenant un édifice qui sert à l'Association pour l'intégration communautaire.

Le fondement absolu de cette association, c'est le désir d'aider grâce à des bénévoles, et je ne puis que l'en féliciter.

En ce qui concerne le reste de votre question, monsieur Young, j'ai déjà discuté avec le personnel de mon ministère d'une proposition—je n'ose pas l'appeler autrement, puisque ce n'était rien de plus—proposition qui a également été portée à l'attention de l'Association pour l'intégration communautaire. D'après l'information que j'ai reçue, il s'agissait uniquement de déterminer s'il serait possible d'encourager les gouvernements provinciaux qui avaient déjà entrepris de retirer les invalides des institutions à poursuivre leurs efforts pour les intégrer à la collectivité. Je n'ai pas encore reçu de proposition définitive. Elle n'est pas encore suffisamment bien définie pour qu'on puisse faire une recommandation maintenant. Mais même si elle n'est pas encore prête, je crois comprendre qu'il y a eu des discussions. J'attends donc avec impatience de recevoir une telle proposition et de l'évaluer. Mais pour l'instant, je ne l'ai toujours pas.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Young; nous passerons maintenant au prochain intervenant. Monsieur Hamelin.

**Mr. Hamelin:** Good evening, Minister.

**Mr. Epp (Provencher):** Good evening.

**M. Hamelin:** Le président vous a dit, au moment de me présenter, que je ne participe pas habituellement aux travaux de ce comité; je suppose que vous devriez donc vous attendre à des questions inhabituelles.

Minister, you are proposing to spend \$29,021 million for health expenditures this year. That is a great deal of money. Of course, the need for services is always unlimited, whereas resources are increasingly limited. However, Minister, looking at the various activities that are within your purview, I believe the doctors here today could certainly attest to the fact that all living organisms have a natural tendency toward positive homeostasis. Is that not a nice word for this tendency toward obesity? Financial obesity, I mean. And what is more, organizations such as the ones you are responsible for,



[Texte]

temps, monsieur le ministre, sont pris de sclérose, non pas en plaques, mais bien de sclérose et d'inefficacité.

Et quand on vous demande d'être un bon gestionnaire des fonds publics, comment pouvez-vous concilier la gestion efficace du peu d'argent, même si cela représente énormément d'argent, comment pouvez-vous concilier cela, dis-je, avec ces tendances normales? Le Conseil de recherches ne viendra jamais vous dire qu'il a trop d'argent. Il n'y a pas un organisme sur terre qui admettra cela. Les besoins sont insatiables et les gens sont insatisfaits. Je vis dans une région périphérique où les gens gueulent comme des veaux. Ils vivent des situations inacceptables. On manque de médecins et de services, et on doit prendre l'avion pour aller se faire soigner.

Comment pouvez-vous concilier cela? Est-ce que vous avez des mécanismes—c'est ma première question générale—qui sont capables d'analyser, au moins dans les grandes lignes, les résultats du fric qu'on dépense collectivement pour la santé nationale au Canada? Est-ce que vous avez des moyens, en dehors des paiements de transfert, et même là, je sais bien que quand vous transférez des chèques aux provinces on n'a plus grand-chose à dire, mais est-ce que vous avez des moyens de contrôle vous permettant de vérifier l'efficacité du fric qu'on dépense dans ce domaine-là?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, Mr. Hamelin, that is a very big question—

**Mr. Hamelin:** Irregular.

**Mr. Epp (Provencher):**—and it is not unorthodox at all. It is a question that we face every day in the department. There is no question when one takes a look at \$29 billion plus of expenditure for the department, that is a lot of money. When you compare that expenditure to the budgets of the provinces, any given province, that is a lot of money, so all of us are very conscious of it. In terms of financial control, there is no doubt that much of our spending, I think it is around 95%—I think I am within a percentage point—is so-called statutory spending.

**Mr. Hamelin:** How much, 95%?

**Mr. Epp (Provencher):** I think it is 95%.

**Mr. Hamelin:** That is sclerosis, no?

**Mr. Epp (Provencher):** That is sclerosis? Well that depends if you are provincial or federalist or whether you are a person. I will get to that in a minute. For example, if you take a look at the expenditures on the statutory programs such as health, such as personal transfers which means pensions, guaranteed income supplements and so forth, those are obviously directed by law. From time to time I get accused of being too highly motivated by management principles. For example, a person might have

[Traduction]

Minister, are very often suffering from sclerosis, not multiple sclerosis, but sclerosis all the same, as well as from a lack of efficiency.

Since you are being asked to manage public funds and to manage them well, how do you reconcile the effective management of a small amount of money—even though it does in fact represent millions of dollars. . . How can you reconcile that with these normal tendencies I have alluded to? The Research Council will never come and tell you it has too much money. No organization on earth will ever admit such a thing. Because it is impossible to satisfy the need, people, too, are dissatisfied. I live in a peripheral region where people are complaining about things. Their situation is completely unacceptable. We have neither enough doctors nor enough medical services, and as a result, we have to take a plane somewhere else in order to get those services.

How can you reconcile the two? Does the department have mechanisms in place—and this is my first general question—that allow it to analyse, at least on an overall basis, what kind of results national health spending yields in Canada? Do you have any means—other than transfer payments, and even there, I realize that once you have given the provinces their cheques, there is little else you can do, but do you have any means of verifying how effective federal spending actually is in this particular area?

**Mr. Epp (Provencher):** Monsieur le président et monsieur Hamelin, votre question est très large. . .

**Mr. Hamelin:** Et inhabituelle.

**Mr. Epp (Provencher):** . . . non, pas du tout. C'est une question qui nous confronte tous les jours au ministère. Evidemment, quand on parle de 29 milliards de dollars et des bricoles que le ministère va dépenser cette année, c'est sûr que c'est beaucoup d'argent. Lorsqu'on compare cette dépense aux budgets des provinces—n'importe quelle province—on se rend compte que c'est effectivement une somme faramineuse; nous en sommes tous très conscients. Pour ce qui est des mécanismes de contrôle financier, il est vrai que la majorité de nos dépenses—je crois que c'est environ 95 p. 100—ou un point de pourcentage de plus ou de moins—sont des dépenses dites légales.

**Mr. Hamelin:** Quatre-vingt-quinze p. 100, vous dites?

**Mr. Epp (Provencher):** Oui, je crois.

**Mr. Hamelin:** Et vous ne pensez pas que cela dénote effectivement la sclérose?

**Mr. Epp (Provencher):** Eh bien, tout dépend si l'on représente le gouvernement provincial, ou le gouvernement fédéral, ou si l'on est particulier. J'y reviendrai tout à l'heure. Par exemple, si vous regardez les dépenses pour les programmes légaux dans le domaine de la santé, c'est-à-dire les paiements faits directement aux Canadiens, entre autres, les pensions, les suppléments de revenu garanti, etc., eh bien, ces programmes-là sont fondés sur une loi. De temps en temps, on m'accuse

## [Text]

received a pension and there is a death in the family and then there has to be a recovery. Those are difficult times, but we get into those very specific issues.

If you are asking me what is the evaluation of the federal spending power, going, for instance, on health to the provinces, I think that evaluation obviously is if they meet the criteria of the Canada Health Act, then the evaluation of whether it is a good service or not. I think you have to put in a number of issues and one is a provincial evaluation, obviously. You mentioned, for instance, whether in rural areas you can provide services everywhere, and the answer is no.

• 1950

But on that basis, whether you look at international standards of whether the Canadian health system is working well, whether you look at a professional standard, whether you look at cost-effectiveness relative to GNP compared, let us say, to the United States or other countries even taking into consideration demographic figures, I think on all those counts one can come up with a strong, positive evaluation.

The overarching one, I would suggest, is accessibility; namely, that in Canada everyone has access. I appreciate that it is not everyone totally equally: if a person lives in a rural area or a remote area, it is not the same as, for instance, if they live in Montreal or in Quebec City. I think we recognize even that difference. But I think on those bases there is a good evaluation.

But I want to say that, in terms of value for money within the department and our management procedures, I do think our management procedures. . . If I look at the Auditor General's reports over the past, the Department of National Health and Welfare over the years—I cannot take credit for it—has come forward with not only a passing mark, but better than that. So I think on that basis there is strong evidence of good management practices. But simply the amount of money that we deal with constantly requires us to be vigilant because we can get into a situation very quickly where millions of dollars are in fact spent, possibly not with the best criteria.

**M. Hamelin:** Est-ce qu'il n'y a pas, monsieur le ministre, dans les domaines que vous contrôlez—en dehors des paiements des transferts aux provinces—une façon, *on a zero basis*, de remettre en question certaines dépenses qui, à l'origine, étaient formidables, et certes vraiment nécessaires? Est-ce qu'il n'y aurait pas lieu d'établir une pratique automatique de remise en question, au moins à tous les deux ans, pour vous permettre de savoir si l'argent qu'on investit dans ces services remplit toujours les objectifs prévus? Il ne faudrait pas que cela soit fait par les gens du ministère en question. Personne ne

## [Translation]

d'attacher beaucoup trop d'importance aux principes de la bonne gestion. Par exemple, dans le cas d'une personne qui recevait une pension mais qui est décédée, de sorte qu'il faille récupérer ces fonds par la suite. Ce sont évidemment des moments difficiles, mais nous nous attardons sur des questions précises de ce genre-là.

Si vous me demandez comment on peut évaluer les dépenses fédérales en matière de soins de santé telles qu'elles se manifestent dans les provinces, eh bien, il me semble que cette évaluation est fondée nécessairement sur le respect ou non des critères de la Loi canadienne sur la santé, et c'est cela qui permet de savoir si le niveau de service est adéquat ou non. Mais vous avez soulevé plusieurs points, entre autres, la question de la situation dans les provinces. Vous avez parlé, par exemple, de la possibilité ou non de recevoir des services dans toutes les régions rurales, et c'est évident qu'une telle chose n'est pas possible.

Mais que l'on prenne pour critère les normes internationales, une norme professionnelle, ou le rendement relatif au PNB par rapport à celui, mettons, des États-Unis ou d'autres pays, compte tenu de leur situation démographique respective, le tout donne gagnant, je pense, le système de santé canadien.

La principale préoccupation, d'après moi, est l'accessibilité—au Canada, tout le monde a accès aux services de santé. Je sais que tout le monde n'est pas sur un pied d'égalité; une personne qui habite une région rurale ou éloignée n'a pas le même accès, par exemple, qu'une personne de Montréal ou de Québec. Nous nous rendons compte de cette différence. Malgré cela, l'évaluation est positive.

Mais je tiens à préciser, quant à l'optimisation de l'argent dépensé par le ministère et à nos pratiques de gestion. . . les rapports du Vérificateur général sur le ministère de la santé et du bien-être nous sont favorables depuis des années, et ce n'est pas moi qui en étais responsable. Cela révèle, à mon avis, de bonnes pratiques de gestion. Mais vu la quantité d'argent en cause, nous devons toujours être vigilants parce qu'on peut facilement dépenser des millions de dollars inutilement.

**Mr. Hamelin:** Mr. Minister, is there not a way, in the fields that you control, outside transfer payments to the provinces, to call into question, "on a zero basis", some expenditures which originally were wonderful and certainly necessary? Would it not be a good idea to implement an automatic review process, at least every two years, to see if the money invested in these services still meets the stated objectives? The people in the department should not do that review. No one wants to commit harakiri, that is quite obvious. They will all say that the world would stop turning without them. Would there not be



[Texte]

va se faire hara-kiri; cela est bien évident. Tout le monde va dire que sans eux la terre va arrêter de tourner. N'y aurait-il pas un mécanisme quelconque qui vous permettrait de brasser la cage un petit peu pour que les fonds publics soient toujours dépensés là où ils doivent l'être?

**Mr. Epp (Provencher):** I do not want to leave any impression that the Department of Health, simply because of its large budget, is not vigilant in the expenditure of money. Mr. Hamelin, I think you and I as members of the government know from past experience that if you want to make basic changes in programs then there is sometimes a political price to pay. For example, the matter of partial de-indexation—

**Mr. Hamelin:** We are paying a lot for the time being. Look at the Gallup polls.

**Mr. Epp (Provencher):** The reason I raise that is—and I am not being defensive—that I think that in Canada, regardless of political partisanship, the programs within the Department of National Health and Welfare by and large are programs the Canadian public supports and wants maintained and wants to have financed. That does not say that efficiency is not something we have to be constantly vigilant of.

What I think we are seeing if you take a look at it from a social policy point of view is that Canadians would like to see new programs in the social policy field if those programs do not jeopardize the core programs of health and pensions, personal income maintenance. If those two are not maintained—because you and I are really dealing with a political question at this stage—then you are dealing with a political equation that Canadians do not support.

**M. Hamelin:** D'accord. Parlons brièvement de constitution. Il y a un projet d'accords constitutionnels qui vient d'être signé et tous les partis politiques, à la Chambre des communes, espèrent qu'il y aura un accord.

• 1955

Je suis moi-même très partisan d'un Canada des régions, en tant que Québécois bien sûr, mais aussi en tant que Canadien. C'est comme cela que je conçois le Canada. Ce n'est pas un tyran qui, d'en haut, dirige tout le monde, mais c'est vraiment un vouloir vivre collectif, respectueux de nos identités. Et pourtant, tantôt, je vous vous disais que j'étais «régionaliste». Je représente, à la Chambre des communes, une région éloignée. Est-ce que—et c'est la question qu'on se pose—l'opting out, la possibilité de retrait avec compensation des provinces en matière de santé, entre autres, ne va pas créer une espèce de mosaïque qui peut se faire au détriment de l'ensemble de la population canadienne? Et pour quelqu'un qui vient d'une région périphérique où déjà j'avais le goût de m'engueuler régulièrement avec mon gouvernement provincial, et ça n'a rien à voir avec la couleur du parti, effectivement je pense que l'on se moque de nous dans les régions périphériques. Est-ce que vous allez maintenir

[Traduction]

some way for you to shake things up a bit so that public funds are always spent where they need to be?

**M. Epp (Provencher):** Je ne veux pas donner l'impression que le ministère de la Santé, simplement à cause de son budget important, n'est pas soucieux des dépenses. Monsieur Hamelin, je crois que vous et moi, et tant que députés ministériels, savons de notre expérience que si l'on veut apporter des changements fondamentaux à des programmes, il faut parfois payer un prix sur le plan politique. Par exemple, l'affaire de la désindexation partielle. . .

**M. Hamelin:** Nous payons cher à l'heure actuelle. On n'a qu'à consulter les sondages Gallup.

**M. Epp (Provencher):** La raison pour laquelle je soulève cette question—et je ne suis pas sur la défensive—est qu'en général, au Canada la population, sans égard à l'appartenance politique, appuie les programmes du ministère de la Santé et du Bien-être social et veut qu'ils soient maintenus et financés. Cela ne veut pas dire qu'on puisse négliger l'efficacité.

Du point de vue de la politique sociale, à mon avis, les Canadiens voudraient avoir de nouveaux programmes à condition que ceci ne menace pas les programmes essentiels de santé et de pension, c'est-à-dire de maintien du revenu personnel. Les Canadiens n'appuieront aucune mesure politique qui ne maintienne pas ces deux programmes-là—c'est vraiment une question politique.

**Mr. Hamelin:** All right. Let us talk briefly about the Constitution. A draft constitutional agreement has just been signed and all political parties in the House of Commons hope that there will be an agreement.

Personally, I am a very strong defender of a regional Canada, because I am a Quebecker, of course, but also as a Canadian. That is how I see Canada. It is not heavy-handed direction from the top, but rather a collective will to live together, respectful of our identities. Nevertheless, I was just telling you that I was a "regionalist". I represent a remote region in the House of Commons. We are wondering if opting out, the possibility for provinces to withdraw from health or other programs with compensation, will not create a sort of patchwork situation that might be detrimental to the country as a whole. As someone from an outlying region, where I already felt like doing battle regularly with the provincial government—and that has nothing to do with the party in power—I think they thumb their noses at us in the outlying regions. Will you still maintain a mechanism whereby you will be able to save me and the people in my region? Will you possibly maintain some mechanisms? I



[Text]

quand même un mécanisme où vous pourriez me sauver ou sauver la population de ma région? Est-ce que vous allez possiblement maintenir certaines formes de mécanismes? Je pense tout particulièrement au comté de Charlevoix où il y a énormément de maladies héréditaires. J'ai tenté d'obtenir du fric de votre ministère, mais je n'ai pas réussi. Je suis un mauvais député mais enfin. . . Je sais que les besoins sont insatiables, mais ne pourrait-il pas y avoir un mécanisme qui me permettrait de répondre à des besoins plus spécifiques de ma région ou une espèce de levier qui pourrait pousser dans le dos du gouvernement provincial pour qu'à l'île aux Coudres, par exemple, j'aie des médecins avec un petit service de santé? Ils changent les règles du jeu là et je vais me retrouver très appauvri malgré un investissement de 500,000\$ pour un foyer destiné aux personnes âgées et un petit centre médical au rez-de-chaussée. Le gouvernement a décidé de changer ses priorités et il semblerait que tout cela soit fichu! Est-ce que je vais avoir un mécanisme, monsieur le ministre, qui me permettrait de sauver les meubles dans ma région? Et peut-être que cela pourrait s'appliquer à la grandeur du pays!

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I think the hon. member knows, as we all do, that delivery of health care falls totally within the jurisdiction of the province. There is no question that the federal government, through financing of research—for instance, of medical personnel—has tried to give research, based on data, as to the distribution of medical personnel in the various regions of the country more from an informational and research point of view than any directional point of view.

I always thought, Mr. Hamelin, the Quebec government had been more successful than some others with the incentives program in having medical people moved to areas somewhat removed from the major urban centres. Your personal experience representing one of those areas might not be quite such, but looking at it overall, province to province, I think one can say that.

You are right when you say there are never enough resources, especially in health care as to what one could do if one had more money. But within the amount of expenditures there are, I gave you the criteria earlier as to the evaluation of the program, both internationally and domestically, and I maintain that. Although I will tenaciously defend a universal health care system, and do so vigorously, I do not see the federal Minister's role as directing, on a service-by-service or region-by-region basis, a province as it delivers its health care. I think that balance always has to be there.

**Mr. Hamelin:** Thank you very much. *Merci, bravo, monsieur le ministre.*

**The Chairman:** *Merci bien.*

Dr. Mitges. And I will just remind you that we are dealing with human health and welfare tonight.

[Translation]

think especially of Charlevoix riding where there are very many hereditary illnesses. I tried to obtain money from your department, but without success. I am not much of an MP, but. . . I know the needs are insatiable, but is there not some way to meet the more specific needs of my region or to push the provincial government so that on the *île aux Coudres*, for example, I can have doctors, a small health unit? They are changing the rules of the game, and I will find myself much poorer despite an investment of \$500,000 for an old people's home and a small ground-floor medical centre. The government decided to change its priorities and it would seem that all that is out the window! Will I have some way, Mr. Minister, to save what I have got in my region? And perhaps that could apply throughout the country!

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je crois que le député sait, comme nous tous, que la prestation des services de santé relève entièrement de la province. Il n'y a pas de doute que le gouvernement fédéral a financé des recherches afin de fournir des données sur la distribution des effectifs médicaux dans les diverses régions du pays, mais ces données étaient à titre d'information; il ne s'agissait pas de normes ni de directives.

J'ai toujours pensé, monsieur Hamelin, que le gouvernement du Québec a connu plus de succès que d'autres grâce à son programme destiné à encourager les médecins à s'installer loin des grands centres urbains. En tant que député d'une telle région, vous n'avez pas peut-être la même impression, mais je crois que dans l'ensemble, le Québec se classe bien par rapport aux autres provinces.

Vous avez raison de dire qu'on n'a jamais assez de ressources, surtout dans le domaine de la santé, où on pourrait faire plus si l'on avait plus d'argent. Mais étant donné le montant actuel des dépenses globales, je vous ai déjà fourni les critères, tant canadiens qu'internationaux, d'évaluation du programme, et je m'en tiens là. Je défends vigoureusement et avec tenacité le système universel de soins de santé, mais je ne crois pas que le ministre fédéral doive diriger la façon dont une province fournit tel ou tel service dans telle ou telle région. Il faut toujours faire la part des choses.

**M. Hamelin:** *Merci beaucoup. Thanks and congratulations, Mr. Minister.*

**Le président:** *Thank you very much.*

Docteur Mitges, je vous rappelle simplement qu'il s'agit ce soir de la santé et du bien-être des humains.

[Texte]

[Traduction]

• 2000

**Mr. Mitges:** Not veterinary health? Sometimes I wonder.

**Mr. Epp (Provencher):** Well, we have a lab. I thought maybe you would ask me about that.

**Mr. Mitges:** Being from Ontario, I have had several calls from constituents regarding the legitimacy of the supplementary charges physicians are making in Ontario. For instance, giving information over the phone, calling after hours, making out extra prescriptions are being charged for. I am just wondering whether this comes under the auspice of... whether or not they should be charging for that. How are we dealing with it?

**Mr. Epp (Provencher):** Dr. Mitges, when Ontario passed Bill 94, they gave the federal government, and specifically the Department of National Health and Welfare, a very direct assurance, and the assurance is this: that those insured services which are covered by agreement by the provinces and the federal government and for which there is block funding... if there is any out-of-pocket expense in those services in Ontario, the Ontario government would reimburse those Ontario citizens. So within that definition, Ontario is within the scope of the Canada Health Act.

If there are specific cases, the Minister of Health of Ontario has assured us that if they are brought to his attention, not only would he investigate where the fees have been assessed, but within insured services they would be reimbursed by Ontario regardless of whether Ontario could get those moneys back from the particular doctor who first charged those fees.

**Mr. Mitges:** That is all very well. A lot of people do not understand that. Has there been any advertising to make this information known to people? Most have to do with senior citizens, I think; not all, but some. I think getting this information out to them would be a move in the right direction. I was not aware of that myself, to be frank with you.

**Mr. Epp (Provencher):** That was the condition under which Ontario not only passed its legislation but gave us the assurances and also made its arrangements with its medical staffs. Maybe Dr. Law could give any further practical detail on how it works, or your chairman, for that matter. But I believe that is the manner in which it now works in Ontario.

**Mr. Mitges:** So it is up to us to get the information to our constituents, then.

**Mr. Epp (Provencher):** I believe that is correct, yes, because it falls within provincial jurisdiction.

**The Chairman:** Dr. Law, do you wish to add?

**Dr. M.M. Law (Deputy Minister, Department of National Health and Welfare):** There is not much to add.

**M. Mitges:** Pas la santé des animaux? Parfois, je me demande.

**M. Epp (Provencher):** Nous avons un laboratoire. J'avais pensé que peut-être vous voudriez me poser une question à son sujet.

**M. Mitges:** Étant de l'Ontario, j'ai reçu plusieurs appels d'électeurs sur la légitimité des frais supplémentaires réclamés par les médecins. Par exemple, la facturation des consultations par téléphone, des appels en dehors des heures d'ouverture du cabinet, des renouvellements d'ordonnances, etc. Je me demande simplement si cela relève... Ce genre d'actes devraient-ils ou non être facturés. Que faisons-nous?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Mitges, quand l'Ontario a adopté le Bill 94, le gouvernement de l'Ontario s'est engagé auprès du gouvernement fédéral, et plus précisément auprès du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, à rembourser toute facturation supplémentaire pour ces services assurés qui font l'objet d'une entente de financement global entre les provinces et le gouvernement fédéral. L'Ontario respecte donc, en l'occurrence, les dispositions de la Loi nationale sur la santé.

Si des cas précis se présentent, le ministre de la Santé de l'Ontario nous a assuré que s'ils étaient portés à son attention, non seulement il ferait une enquête, mais que s'agissant de services assurés, il procéderait à un remboursement, que l'Ontario réussisse ou non à se faire rembourser par le médecin concerné.

**M. Mitges:** C'est fort honorable, mais beaucoup de gens ne le savent pas. A-t-on fait une campagne pour informer la population? Dans la majorité des cas, pas dans tous, je suppose, il s'agit de personnes du troisième âge. Je crois que les informer serait une bonne chose. Pour être franc avec vous, personnellement, je n'étais pas au courant.

**M. Epp (Provencher):** C'est non seulement en vertu de cette condition que l'Ontario a adopté sa loi, mais en plus, il nous a donné ses assurances et pris les dispositions nécessaires avec son personnel médical. Il est possible que M<sup>me</sup> Law puisse vous donner des détails pratiques supplémentaires sur le fonctionnement, ou, d'ailleurs, votre président. Cependant, je crois que c'est ainsi que cela fonctionne maintenant en Ontario.

**M. Mitges:** C'est donc à nous d'informer nos électeurs, dans ce cas.

**M. Epp (Provencher):** C'est ce que je crois, oui, car cela relève de la juridiction provinciale.

**Le président:** Madame Law, souhaitez-vous ajouter quelque chose?

**Mme M.M. Law (sous-ministre, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social):** Il n'y a pas grand-chose à



[Text]

The Ontario government has advertised the availability of redress mechanisms, but perhaps not widely enough.

**Mr. Mitges:** I think more advertisement is needed in that respect.

There is still some controversy about the equity and feasibility of a homemakers' pension. It has been quite a subject for some time now. Has the department taken any position on it at all? Is there any announcement they could make on this?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Mitges, you know what position the government has taken ever since the election in 1984. The government favours a homemakers' pension. You will recall that with the change to the Canada Pension Plan a study of a homemakers' pension, the feasibility and how it might work, was put into place. It is my understanding that I could have that report in my hands by late summer, early fall. Obviously we will have to take our counsel after that.

**Mr. Mitges:** So we can expect it by fall, then?

**Mr. Epp (Provencher):** The report, yes.

**Mr. Mitges:** Another problem that has to do with people receiving the Canada Pension between 60 and 65 is the changes. There are now reports that some welfare recipients in Saskatchewan will lose up to \$150 a month in CPP benefits because of a new provincial policy requiring persons eligible for early retirement benefits to draw benefits or lose their welfare cheques. Have you been in contact with the Saskatchewan government on this? Is this legal? Can they do it? What is the story on it?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, the point Dr. Mitges raises is a very important one. This is the second half of the earlier point made by Mr. Young—

**Mr. Mitges:** Yes.

• 2005

**Mr. Epp (Provencher):** That relates to early retirement benefits under CPP. I want to indicate to the committee that a letter has been written to all the provinces stating that it is not a requirement of the Canada Assistance Plan that persons apply for these benefits when seeking social assistance, and we have urged the provinces to avoid this practice and have asked for their assurance that they, or their municipalities, will not do so.

**Mr. Mitges:** That is good news.

That is all I have, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Just before I call upon Mrs. Finestone, Mr. Minister, I shall put one question to you, since Dr. Bois is here tonight and I understand that you will not be here when he is back on Wednesday.

[Translation]

ajouter. Le gouvernement de l'Ontario a informé la population de l'existence de recours, mais peut-être pas assez.

**M. Mitges:** Je crois qu'une campagne supplémentaire d'information serait nécessaire.

La question des pensions de retraite versées aux travailleurs et aux travailleuses au foyer fait toujours l'objet d'une polémique. Le débat dure depuis un certain temps maintenant. Le ministère a-t-il arrêté sa position? Avez-vous quelque chose à nous dire à ce sujet?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur Mitges, vous connaissez la position du gouvernement depuis l'élection de 1984. Le gouvernement est en faveur de ces pensions. Vous vous souviendrez que dans le cadre des modifications proposées au Régime de pensions du Canada, une étude sur les modalités de pensions versées à des travailleurs et à des travailleuses au foyer a été commandée. Sauf erreur, ce rapport devrait m'être communiqué d'ici à la fin de l'été ou au début de l'automne. Il est évident que nous en tiendrons compte.

**M. Mitges:** Nous pouvons donc l'espérer d'ici à l'automne, n'est-ce pas?

**M. Epp (Provencher):** Ce rapport, oui.

**M. Mitges:** Certaines modifications semblent causer un autre problème à ceux qui reçoivent leur pension du Canada entre 60 et 65 ans. Selon certains rapports, certains prestataires du bien-être de la Saskatchewan perdront jusqu'à 150 dollars par mois de prestations du Régime de pensions du Canada à cause d'une nouvelle politique provinciale imposant aux ayants droit à des prestations de retraite anticipée de les toucher ou de perdre leurs chèques de bien-être. Avez-vous communiqué avec le gouvernement de la Saskatchewan à ce sujet? Est-ce légal? Peuvent-ils le faire? Que se passe-t-il exactement?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, la question soulevée par M. Mitges est très importante. C'est le deuxième élément de l'argument de M. Young. . .

**M. Mitges:** Oui.

**M. Epp (Provencher):** Vous parlez des prestations de retraite anticipée prévues par le Régime de pensions du Canada. Je signale au Comité que nous avons écrit à toutes les provinces pour préciser que le Régime d'assistance publique du Canada n'exige pas des requérants qu'ils demandent ces prestations lorsqu'ils sollicitent de l'aide sociale; nous avons donc exigé des provinces et des municipalités qu'elles nous donnent l'assurance qu'elles abandonneront cette pratique.

**M. Mitges:** Ce sont de bonnes nouvelles.

Monsieur le président, c'est tout pour moi.

**Le président:** Avant de céder la parole à M<sup>me</sup> Finestone, monsieur le ministre, permettez-moi de vous poser une question, étant donné que M. Bois vous accompagne ce soir, mais qu'il doit revenir seul mercredi prochain.



[Texte]

I had a call just this afternoon from a professor of one of the departments at one of our major universities who is concerned to some extent with research. He naturally raises the point about funding.

Having been at the same meeting you were at today, Mr. Minister, at noon hour, where I was talking with a researcher from the NRC, the same subject comes up there too: the government's attitudes towards funding of scientific research.

I note that the budget now for MRC, as I read it, is limited to a 2.2% increase, which is actually less than the cost of living, less than the price of inflation; but, more importantly, it is significantly less than it costs to replace old equipment. I think government people fail to realize probably, politicians particularly, that you do not replace worn-out scientific equipment for the price of inflation. It is usually far higher.

I wonder why we would not be able to see a much greater figure than 2.2% for medical research, assuming that salaries have to increase more than that and so does scientific equipment, by much more, when you replace it.

**Mr. Epp (Provencher):** I am going to have Dr. Bois reply, but first I think it is my responsibility, rather than ask the president of MRC to defend financing of MRC.

**The Chairman:** That is why I am asking you tonight instead of Wednesday.

**Mr. Epp (Provencher):** Okay. I just want to take my responsibilities and not put other people in a difficult situation.

You will recall that in 1984 there had not been approximately \$30 million placed on the "A" base for MRC, and that money was placed on a permanent five-year basis so that we would be working on that base for any increase in percentage terms rather than the base in place when we came into office. So that is the first thing we did.

Secondly, there have been increases, the percentages of which I will have to get. I do not have those, but Dr. Bois can give you those.

Thirdly, the matching: there has been a lot of criticism about the matching, but suffice it to say that I was always under the belief that we would be able not only to get matching roughly to the \$10 million for next year but that we could probably exceed that. I have not seen the last figures, but the figures that have been given to me were probably in the \$27 million range.

So I think that, along with changes to the Patent Act, will bring further private financing of research. So the

[Traduction]

Cet après-midi, j'ai reçu un appel d'un professeur qui enseigne dans l'une de nos grandes universités et qui s'inquiétait des crédits accordés à la recherche.

Monsieur le ministre, nous avons assisté à la même réunion ce midi, réunion au cours de laquelle j'ai parlé à un des chercheurs du Conseil national de recherches, et il semble que cette institution-là aussi s'inquiète de l'attitude du gouvernement à l'égard des subventions versées au titre de la recherche scientifique.

Si je lis bien, le budget actuel du Conseil de recherches médicales a été augmenté d'à peine 2,2 p. 100, ce qui représente moins que le coût de la vie et moins que l'inflation; mais plus important encore, cette augmentation ne permet même pas de remplacer l'équipement désuet. Les fonctionnaires et les politiciens, particulièrement, ne se rendent pas compte qu'il est absolument impossible de remplacer de l'équipement scientifique désuet si l'augmentation des crédits qui vous sont accordés tient à peine compte du coût de l'inflation. Cela coûte d'habitude beaucoup plus cher.

Pourquoi l'augmentation des crédits se limite-t-elle à 2,2 p. 100 en ce qui concerne la recherche médicale, alors que les salaires doivent augmenter beaucoup plus et que l'équipement scientifique coûte beaucoup plus cher à remplacer?

**M. Epp (Provencher):** Je demanderais à M. Bois de vous répondre, mais vous me permettrez d'intervenir auparavant, étant donné que les crédits du Conseil de recherches médicales dépendent de moi-même plutôt que de son président.

**Le président:** Voilà pourquoi je vous pose la question dès ce soir plutôt que d'attendre à mercredi.

**M. Epp (Provencher):** Je comprends. Je ne veux pas avoir l'air d'esquiver mes responsabilités.

En 1984, vous vous le rappellerez, on avait réservé 30 millions de dollars pour le Conseil de recherches médicales au budget A, et ce, pendant cinq ans, pour que nous puissions partir de cette base budgétaire pour demander des augmentations procentuelles, plutôt que de la base budgétaire qui existait lorsque nous avons pris le pouvoir.

Ensuite, on a accordé au conseil des augmentations dont je n'ai pas le pourcentage. M. Bois vous les donnera.

Parlons en troisième lieu des fonds équivalents, qu'on a beaucoup critiqués. Qu'il me suffise de dire ceci: j'ai toujours cru que nous pourrions non seulement obtenir les fonds équivalents de 10 millions de dollars pour la prochaine année, mais que nous pourrions même aller chercher encore plus. Je n'ai pas vu les derniers chiffres, mais je pense que le budget est d'environ 27 millions de dollars.

Je crois donc que cette façon de faire, combinée aux modifications apportées à la Loi sur les brevets, incitera

[Text]

research picture is changing quite dramatically apart from it being driven by public funds only. It comes back somewhat to what Mr. Hamelin said; that is, there is never enough money in these areas and there are different sources of money you can find.

As to the specifics year over year, Dr. Bois has those figures and he can give those to you.

**Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council of Canada):** The major problem we have this year, as well as last year, is an adjustment of our programs, so that some redistribution could be made of funds for grants, funds for awards, and funds for equipment. Therefore, the total number of grants we had on the books had to decrease slightly in order to gain some flexibility, and also in order to fund some very important larger projects. It is a matter of choice and policy.

• 2010

We have been trying to stimulate inasmuch as possible the [Inaudible—Editor] in genetics, virology, immunology, and we have received some very good applications. Of course, when these are highly rated and funded, then, by definition, there is a reduction in the other programs. So this year, especially, is a year of some adjustments. With the matching program, and especially the university industry program, we think that next year will be an improvement of maybe 1% or 2%, or maybe more, and the year after will be certainly much better. This is building up, in other words.

**The Chairman:** Thank you Dr. Bois. I just want to make one further comment and that is I really appreciate the fact that our government is emphasizing the need for research and development and science and technology. I think that is very, very vital, but it certainly would be in keeping with that philosophy to, perhaps, increase funding in those specific areas a little bit more, if we possibly could. I will just leave that message with the Minister and hope that he can use his influence in the Cabinet situation.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, Ministers are always ready for instructions from committees, if you would like to add your weight.

**The Chairman:** I thank the committee for their indulgence to allow me a question. Now, Mrs. Finestone... I think perhaps about five minutes each would maybe conclude the session, if that is agreeable.

**Mrs. Finestone:** Which will I chose to do then?

**An hon. member:** Do them both.

**Mrs. Finestone:** Do them both? Okay, then let us do this one rather quickly.

[Translation]

encore plus l'entreprise privée à subventionner la recherche. Le domaine de la recherche change donc considérablement, étant donné qu'il est de moins en moins uniquement tributaire du Trésor public. Je reviens à ce qu'a dit M. Hamelin: il n'y a jamais assez d'argent pour faire de la recherche, mais il faut savoir aller chercher des crédits ailleurs.

En ce qui concerne le budget spécifique d'une année à l'autre, M. Bois vous répondra.

**M. Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales du Canada):** Notre grand problème, depuis deux ans, c'est de rajuster nos programmes afin de redistribuer les crédits prévus pour les subventions, pour les prix et pour l'équipement. Par conséquent, le nombre total de nos subventions a dû diminuer, ce qui nous a permis plus de souplesse dans le financement de certains autres projets beaucoup plus importants. C'est une question de choix et de politique.

Nous avons essayé de stimuler le plus possible les [Inaudible—Éditeur] en génétique, en virologie et en immunologie, et nous avons obtenu de très bonnes applications. Évidemment, lorsque ces dernières reçoivent une bonne cote et un niveau de financement élevé, alors, par définition, il y a une réduction des autres programmes. Par conséquent, nous devons cette année effectuer certains rajustements. En raison du programme de contrepartie, et particulièrement du programme université-industrie, nous croyons qu'il y aura peut-être une amélioration de 1 ou 2 p. 100, ou même plus, l'an prochain, et certainement une amélioration encore plus importante l'année suivante. En d'autres termes, cela va en augmentant.

**Le président:** Merci, docteur Bois. J'aimerais ajouter que j'apprécie réellement le fait que notre gouvernement fait ressortir le besoin en matière de recherche et de développement, ainsi qu'en matière de science et de technologie. Je crois que c'est tout à fait essentiel, et il serait certainement en accord avec cette philosophie de peut-être augmenter un peu plus le financement dans ces domaines précis si nous le pouvons. Voilà donc le message que je transmets au ministre, en espérant qu'il pourra influencer le Cabinet dans ce sens.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, les ministres sont toujours prêts à recevoir des directives des comités si vous voulez bien leur en donner.

**Le président:** Je remercie le Comité de m'avoir laissé poser une question. Maintenant, madame Finestone... Si cela vous convient, nous pourrions peut-être accorder à chacun cinq minutes avant de lever la séance.

**Mme Finestone:** Quelle question je choisirais de poser alors?

**Une voix:** Les deux.

**Mme Finestone:** Les deux? D'accord, allons-y rapidement pour celle-ci.



[Texte]

I have food banks in my riding, Mr. Minister. I have some newspaper clippings, and one especially is not very pleasant, which says: "Heat vent courtesy of Health and Welfare; do not abuse the privilege".

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, I saw it.

**Mrs. Finestone:** I am sure you saw that.

**Mr. Epp (Provencher):** Oh yes, I saw the editorial.

**Mrs. Finestone:** There may be humour to that, but I am sure you did not find much humour and neither did I, quite frankly.

There are statistics that 100,000 people were homeless in Canada at some point in 1986. Do you have any verification of that?

Secondly, there is an estimate that 1.2 million meals were served by shelters and soup kitchens during the past year. In Mount Royal riding we have a soup kitchen. I think it is just heartbreaking.

As these food banks are proliferating, and as the number of homeless is either increasing or we are, for the first time, becoming aware of them—I do not know which is the reality, that is why I asked the other question. I would like to know what we are doing about it. What kinds of plans do you have to address the issue and are we using and enabling the human touch that comes from the volunteer associations, or, are we trying to improve their effectiveness in this area?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, the question the member raises and the context in which it is done, it is accurate. I think none of us likes to see the proliferation of food banks. We feel it is not only right but the only honourable way to go through assistance under certain criteria based on need. I am not criticizing the provinces at all when I say this. Their programs are cost-shared by the federal government and directed by the provinces, in some cases by the municipalities. I do not know if that is the case in Quebec. That is the case in my home province. It is a dual system. Food banks, of course, have the tendency, as you well know from your experience, to become permanent fixtures.

**Mrs. Finestone:** It is bothering me.

• 2015

**Mr. Epp (Provencher):** So we are well aware of that. I know the provinces can increase; that is within the jurisdiction of the legislative parameters, the amount of assistance. As to the number of homeless, the government has brought forward, especially through the co-op program. . . We did not get as many units as we had hoped. I think they projected 5,000. If I recall the figures, it was around 3,100 one year, 3,900 the next year—

[Traduction]

Monsieur le ministre, il y a dans ma circonscription des banques d'alimentation. J'ai ici quelques coupures de journaux, celle-ci en particulier, qui n'est pas très agréable, disant: «Bouche de chaleur—courtoisie de Santé et Bien-être; prière de ne pas en abuser».

**M. Epp (Provencher):** Oui, je l'ai vu.

**Mme Finestone:** Je suis certaine que vous l'avez vu.

**M. Epp (Provencher):** Oh oui, j'ai vu l'éditorial.

**Mme Finestone:** Il se veut peut-être humoristique, mais je suis certaine que vous ne l'avez pas trouvé très drôle, et moi non plus, pour vous dire franchement.

Selon les statistiques, en 1986, 100,000 personnes étaient sans abri au Canada à un moment donné. Est-ce que vous avez vérifié?

Deuxièmement, on évalue à 1,2 million le nombre de repas servis dans les abris et les cuisines populaires l'an dernier. Dans la circonscription de Mont-Royal, nous avons une soupe populaire. Je trouve la situation tout à fait navrante.

Comme ces banques d'alimentation se multiplient et que le nombre de sans-abri augmente, ou peut-être pour la première fois en prenons-nous conscience, c'est pourquoi j'ai posé l'autre question. J'aimerais savoir ce que nous faisons à ce sujet. Quelles mesures envisagez-vous pour corriger la situation, et est-ce que nous avons recours à l'élément humain provenant des associations de bénévoles, ou essayons-nous d'améliorer leur efficacité dans ce domaine?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, la question que la députée soulève et le contexte dans lequel elle le fait sont bien réels. Je crois qu'aucun d'entre nous n'aime voir se multiplier les banques d'alimentation. Mais nous estimons que ce n'est pas seulement le seul moyen convenable, mais également le seul moyen honorable de venir en aide selon certains critères fondés sur le besoin. Je ne critique absolument pas les provinces en disant cela. Le gouvernement fédéral partage le coût de ces programmes qui sont dirigés par les provinces, et dans certains cas par les municipalités. Je ne sais pas si c'est le cas au Québec. Mais c'est le cas dans ma province. C'est un système double. Bien sûr, les banques d'alimentation ont tendance à devenir des institutions permanentes, comme vous le savez tous d'expérience.

**Mme Finestone:** Cela ne me dérange pas.

**M. Epp (Provencher):** Nous sommes donc tous très conscients de la situation. Je sais que les provinces peuvent augmenter leur aide financière; la loi leur permet de le faire. Pour ce qui est du nombre de sans-abri, le gouvernement, particulièrement grâce au programme coopératif. . . Nous n'avons pas obtenu autant d'unités que nous l'aurions espéré. Je crois qu'ils en avaient prévu 5,000, si j'ai bonne mémoire, environ 3,100 la première année, et 3,900 l'année suivante. . .



[Text]

**Mrs. Finestone:** I know there was quite a cut. I do not remember what it was.

**Mr. Epp (Provencher):** As I understand it, the costs were higher than had been projected, therefore the units were down. I am in the field of another jurisdiction and so I am going from my own memories, memory bank, but I believe those figures were fairly close, fairly accurate. It is the United Nations Year of the Homeless, as you are also aware. As to whether or not we can confirm those figures you used, I do not know. John, can you do that? I do not think we can. It would come through CMHC. We will try to get those for you.

**Mrs. Finestone:** I would appreciate that.

**Mr. Epp (Provencher):** I cannot put any further face to it tonight, Mr. Chairman, but there is no doubt that food banks have the tendency to become a permanent fixture—

**Mrs. Finestone:** What about the voluntary organizations?

**Mr. Epp (Provencher):** The voluntary organizations, Mr. Chairman, in many cases because of their care for those in our society who are not as fortunate as some of us, they are the ones who have put forward the food banks very often. They are the ones who are delivering the services. I commended them for it, was criticized for it, I think quite frankly unjustifiably so, because it was interpreted that I was supporting food banks. What I was supporting were people in communities who saw a need and tried to help their fellow citizen. That is not a full answer to the problem, but I really cannot give any other answer than that tonight. I am well aware of the situation.

I think the provinces, in fairness, are trying to do their part too. But there is always the need, also from the voluntary organizations, to have either supplies. . . They have been funded in part as well, as you know, with some of its employees, through the Unemployment Insurance Act or the Canadian Jobs Strategy. In my home city, we used what we call the core initiative of core development within our city. So there have been different approaches used to try and fund them and to keep them going, knowing full well the social impact of the permanency of food banks.

**The Chairman:** This will be your last question.

**Mrs. Finestone:** Thank you. My last question, Mr. Minister, really relates to what could possibly happen in the Meech Lake accord. If we could take an example, I know that you answered the child care—and I am not so sure I agree with your analysis—but let us take a look at medicare for a moment.

First of all, would medicare. . .? No, let us put it this way. Suppose at your own initiative you undertake

[Translation]

**Mme Finestone:** Je sais qu'il y a eu une réduction importante. Je ne me rappelle pas exactement combien.

**M. Epp (Provencher):** Si j'ai bien compris, les coûts étaient plus élevés que ce qu'ils avaient prévu, et c'est pourquoi ils ont réduit le nombre d'unités. Il ne s'agit pas de mon gouvernement, et je me fie à ma propre mémoire, mais je crois que ces chiffres sont assez exacts. Comme vous le savez également, 1987 a été proclamée Année des sans-abri par les Nations Unies. Je ne sais pas si nous pouvons confirmer ou non les chiffres que vous nous avez donnés. John, pouvez-vous le faire? Je ne crois pas. Il faudrait demander à la Société canadienne d'hypothèques et de logement de le faire. Nous allons essayer d'obtenir ces chiffres pour vous.

**Mme Finestone:** Je vous en saurais gré.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je ne peux rien ajouter à ce sujet ce soir, mais il est certain que les banques d'alimentation ont tendance à devenir des institutions permanentes. . .

**Mme Finestone:** Et les organisations de bénévoles?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, ce sont très souvent les organisations de bénévoles qui doivent mettre sur pied les banques d'alimentation, car elles se préoccupent beaucoup de ceux qui, dans notre société, n'ont pas autant de chance que nous. Ce sont donc les organisations de bénévoles qui assurent ces services. J'ai fait leur éloge pour cela, et on m'a critiqué, à mon avis injustement, car on a interprété cela comme si j'appuyais les banques d'alimentation. En fait, j'appuyais les gens des communautés qui ont vu un besoin et qui ont essayé de venir en aide à leurs concitoyens. Cela ne règle pas le problème, mais je ne peux réellement pas donner d'autre réponse que celle-ci ce soir. Je suis très conscient de la situation.

À mon avis, les provinces essaient également de faire leur part. Mais les organismes bénévoles ont toujours besoin de fournitures ou. . . Comme vous le savez, ils ont également été financés en partie, avec certains de leurs employés, grâce à la Loi sur l'assurance-chômage ou la Planification de l'emploi. Dans ma ville, nous avons utilisé ce que nous appelons l'initiative essentielle du développement essentiel dans notre ville. Nous avons donc essayé par différents moyens de les financer et de les maintenir, connaissant très bien l'impact social de la permanence de ces banques d'alimentation.

**Le président:** Ce sera votre dernière question.

**Mme Finestone:** Merci. Ma dernière question, monsieur le ministre, concerne réellement ce qui pourrait se produire avec l'accord du lac Meech. Prenons par exemple—je sais que vous avez répondu à la question au sujet de la garde d'enfants, et je ne suis pas certaine d'être d'accord avec votre analyse—mais prenons par exemple le cas de l'assurance-maladie.

D'abord, est-ce que l'assurance-maladie. . .? Non, supposons plutôt que, de votre propre initiative, vous

[Texte]

programs compatible with the national objectives. . . all right?

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, right.

**Mrs. Finestone:** Medicare had programs compatible with the national objectives, we set our standards across this land, and then there was an erosion of those standards which led to the Canada Health Act. How can we foresee, and what would we be able to do should there be an erosion once again? We are now about to say that the medicare system has eroded, provinces are cutting back on their medical care services, but we need total agreement. What are we going to do? Are we going to have a patchwork quilt across this land? With the initial medicare, they met the standards. Now the Canada Health Act says they are to meet a standard. What kind of way have we got to block them should they decide to diminish the quality of care? Where do we go to say, you are not meeting that quality of care any longer? What kind of procedure do we have through which to challenge them? What kind of punishment do we have to meet the crime?

I do not understand how this is going to work on an existing program, never mind on a child care program where one province says no, the next province says my way and the third province says, no, my way. We are going to have three, side by side, and each giving different services. But let us look at the medicare one first.

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, let us look at the medicare one. You do not have a fully compatible medical system across the country. You do not have a national health care system across the country. You have a national—

• 2020

**Mrs. Finestone:** You have a national standard.

**Mr. Epp (Provencher):** That is right. You have a national funding system across the country. And what you have is a universal system.

By the way, it is the only universal system in the fullest, purest sense of the definition of the word—health care—in Canada, and there are financing requirements to make the money flow, federal to provincial. A lot of people forget that. A lot of people say we have a national program. And in a sense we do. I am not trying to deprecate that thought. But we are speaking about the Constitution; and once you speak about the Constitution, we have to put some definition to what we are saying. So that is hospitalization and that is medicare.

If you take a look at the hospitalization experience, unanimity was not needed then, but obviously certain conditions were needed. Now, if you take a look at the spending power, I would suggest and argue with you on the spending power that the federal government has used the spending power in the past and provinces have

[Traduction]

entreprenez des programmes qui correspondent aux objectifs nationaux. . . ça va?

**M. Epp (Provencher):** Oui, ça va.

**Mme Finestone:** L'assurance-maladie avait des programmes qui correspondaient aux objectifs nationaux, nous avons établi nos normes pour tout le pays, et une érosion de ces normes a donné lieu à la Loi canadienne sur la santé. Que pouvons-nous prévoir et que serions-nous en mesure de faire s'il y avait encore une fois une érosion? Nous sommes actuellement à la veille de dire que le système d'assurance-maladie a été miné, que les provinces réduisent leurs services de soins médicaux, mais qu'il nous faut un accord total. Qu'allons-nous faire? Est-ce que nous aurons un système différent partout au pays? À l'origine, ils répondaient tous aux normes. Actuellement, la Loi canadienne sur la santé précise qu'ils doivent satisfaire à une norme. S'ils décident de réduire la qualité des soins, de quels moyens disposons-nous pour les en empêcher? Où devons-nous aller pour leur dire qu'ils ne répondent plus aux exigences de qualité des soins? Quel genre de mécanisme avons-nous pour nous permettre de le faire? Quel genre de pénalité pouvons-nous leur imposer dans un tel cas?

Je ne comprends pas comment cela va fonctionner dans le cas d'un programme existant, sans parler d'un programme pour la garde d'enfants, lorsqu'une province dit: non, une autre: à ma façon, et une troisième: non, à ma façon. Nous aurons donc trois provinces qui donneront un service différent. Mais prenons d'abord le cas de l'assurance-maladie.

**M. Epp (Provencher):** Oui, prenons le cas de l'assurance-maladie. Vous n'avez pas un système médical absolument uniforme au pays. Vous n'avez pas de système national de soins de santé. Vous avez un système national. . .

**Mme Finestone:** Vous avez une norme nationale.

**M. Epp (Provencher):** C'est juste. Nous avons un système national de financement à la grandeur du pays. C'est un système universel.

En passant, c'est le seul système universel dans le sens le plus complet et le plus pur du terme—je parle des soins de santé—au Canada, et des exigences financières ont été établies pour transférer l'argent du fédéral aux provinces. Beaucoup de gens ont tendance à l'oublier. Beaucoup de gens disent qu'il s'agit d'un programme national et, d'une certaine manière, c'est vrai. Je ne le nie aucunement. Mais nous sommes en train de discuter de la constitution. Et dès qu'il s'agit de la constitution, il faut bien préciser ce que l'on dit. C'est pour cela que l'on parle d'hospitalisation et d'assurance-maladie.

Au chapitre de l'hospitalisation, il n'était pas nécessaire, à l'époque, d'avoir l'unanimité, mais il fallait de toute évidence établir certaines conditions. Par contre, au niveau du pouvoir de dépenser, je vous rappelle que le gouvernement fédéral a invoqué son pouvoir de dépenser par le passé et que les provinces s'y sont de temps en



## [Text]

objected to it from time to time, but national programs have eventually been developed not only by the spending power but also by practice and also by agreement.

For example, let us take a look at equalization. Equalization was not in the Constitution. Equalization was part and parcel of the Canadian experience; part of federalism. Equalization was a formula devised by the federal government and the provinces in the past saying there should be some further equalization for those provinces who per capita could not generate the same income as other provinces.

**Mrs. Finestone:** Canadian fairness.

**Mr. Epp (Provencher):** Fairness. You got to the point, for example, where equalization a little while ago. . . if the formula had been kept in place, all 10 provinces would have been eligible for equalization. So obviously that is not exactly an equalization definition by our standards. So we had to adjust that. In a federal system those adjustments are going to have to take place.

But even with equalization, though it was a Canadian practice. . . largely under the leadership of the Premier of New Brunswick, Mr. Hatfield, equalization was put into the Constitution, which is there now for all time, or until it gets amended. But it did not change anything in terms of the practice. It stayed there. It was our affirmation of the Canadian experience that was already taking place.

If you take a look at pensions, in 1966 we had an opt-out: your province. Your province said very clearly it was not going to get involved in a Canada Pension Plan because pensions were within provincial jurisdiction. So they brought forward a Quebec Pension Plan. If the truth be known, the Quebec Pension Plan, both in its investment return and also in some of the changes they could bring in more quickly or easily than we could in the rest of Canada, because we had to have greater agreement. . . I not think the Quebec Pension Plan gives you a good argument to say the provincial plans necessarily are going to be worse than a national plan. So I think you have to look at that proposal.

Additionally. . . I am not a constitutional expert. I just have fun with it, and I have done a bit of work on it. You can make the point as well, to go back to equalization, that by Meech Lake the provinces have now accepted in constitutional form, as against practice. . . you can now surely make the argument, flipping that coin, that the provinces have now recognized the federal government's ability and power to use the spending power in social fields.

So when we talk about a "mosaic", of course we are a mosaic. If we were not a mosaic, we would not have had a federal system. If we did not have a mosaic, you would all

## [Translation]

temps opposées, mais que cela n'a pas empêché l'établissement de programmes nationaux grâce non seulement à ce pouvoir de dépenser, mais aussi à la pratique et au consensus établis.

Prenons par exemple les paiements de péréquation. Ces mesures n'étaient pas incluses dans la constitution, mais faisaient partie intégrante de l'expérience canadienne, du fédéralisme. Les paiements de péréquation sont une formule conçue par le gouvernement fédéral et les provinces pour aider les provinces qui sont incapables de réaliser les mêmes bénéfices par tête d'habitant que les autres.

**Mme Finestone:** Pour assurer l'équité canadienne.

**M. Epp (Provencher):** L'équité, oui. Mais à un moment donné, récemment, les paiements de péréquation sont devenus. . . si la formule avait été maintenue, nous en serions arrivés à un point où les dix provinces auraient été admissibles. Le système ne correspondait manifestement plus à notre définition. Il a donc fallu le modifier. Dans un système fédéral, ce genre de modification est nécessaire.

Mais même les paiements de péréquation, pratique canadienne. . . c'est essentiellement sous la direction du premier ministre du Nouveau-Brunswick, M. Hatfield, que les paiements de péréquation ont été inclus dans la constitution, qui existera à tout jamais, ou jusqu'à ce qu'on la modifie. Mais cela n'a rien changé au niveau de la pratique. Les choses sont demeurées les mêmes. C'était tout simplement notre façon de confirmer l'expérience canadienne.

Prenons maintenant les pensions. En 1966, une des provinces, la vôtre, a décidé d'exercer son option de retrait. Le Québec a indiqué très clairement qu'il n'avait pas l'intention de participer au Régime de pensions du Canada, puisque les pensions relèvent de la compétence des provinces. C'est ainsi que le Régime de rentes du Québec a vu le jour. À vrai dire, ce régime rapporte des bénéfices plus intéressants et est plus facile à modifier que le régime national, pour lequel il faut obtenir au préalable le consentement général. . . je doute que l'on puisse se servir du Régime de rentes du Québec comme exemple pour prouver que les régimes provinciaux sont nécessairement pires qu'un régime fédéral. C'est pour cela qu'il faut examiner cette proposition.

Du reste. . . je ne suis pas un expert en matière constitutionnelle. Je ne fais que m'amuser, et j'ai fait quelques petites recherches. Mais pour en revenir à la péréquation, on pourrait soutenir que, grâce à l'accord du lac Meech, les provinces ont enfin reconnu dans la constitution, contrairement à leur habitude. . . on pourrait regarder le revers de la médaille et dire que les provinces ont maintenant reconnu au gouvernement fédéral la capacité et le pouvoir d'utiliser son pouvoir de dépenser pour les questions sociales.

On dit que le Canada est une «mosaïque». Bien entendu que c'est une mosaïque. Si ce n'était pas le cas, nous n'aurions pas besoin d'un système fédéral. Sans la



[Texte]

have been like Manitobans. Now, some of us might think Canada would be a better place for it. . .

**Mrs. Finestone:** I prefer Quebec.

**Mr. Epp (Provencher):** I thought you might want to use another example.

The only point I make is that this is the Canadian reality. I think the Canadian reality always will demand federal-provincial flexibility—always; because if you do not have it, you get into the very rigidities we had in Quebec, if I can give a view of a province in which I have not lived but which is part of Canada. And if you get into those rigidities without any ability or any prospect of any ability to make changes, then you start running into other difficulties. It was Quebec on the one hand; it is in western Canada today.

• 2025

For example, Senate reform: I have a lot of questions about Senate reform. I am in favour of Senate reform. We all are in favour of Senate reform.

**Mrs. Finestone:** It depends on what.

**Mr. Epp (Provencher):** Now that we have agreed, what kind of Senate reform? The only person who does not agree with that is Mr. Young; he has another view on Senate reform.

**Some hon. members:** Oh, oh!

**Mr. Epp (Provencher):** But I want to be serious about this point, because it is a valid point. I believe that Canada is mature enough today and the regions are mature enough and we as Canadians are mature enough that we do not have to use constitutional strait-jackets to say, if it is not this then it is not valid, because if we get into that kind of a situation then we are going to be in trouble.

In western Canada on the prairies we were not qualified, for instance, on natural resources. The point was very clear: when we went into Confederation, we were not capable of handling natural resources. Why not? Because somebody decided we were not. That does not make it right that we were not.

For example, look at north of 60. I think the future for Canada lies north of 60, not because of—

**Mrs. Finestone:** Well, do not give away Dome.

**Mr. Epp (Provencher):** Just a minute. Do you want to pay for it?

**Mrs. Finestone:** Yes. Trans-Canada is ready to pay for it.

**Mr. Epp (Provencher):** If you take a look at north of 60 and you take a look very often. . . I will tell you directly, Mrs. Finestone, that a former member of the Liberal Cabinet—and I will not identify him, but a former

[Traduction]

mosaïque, vous seriez tous comme les Manitobains. Certains prétendent que ce ne serait pas une si mauvaise idée. . .

**Mme Finestone:** Je préfère le Québec.

**M. Epp (Provencher):** J'ai bien pensé que vous invoqueriez un autre exemple.

Je voulais simplement vous expliquer que c'est la réalité canadienne. Pour respecter cette réalité, il faudra toujours une mesure de souplesse entre le gouvernement fédéral et les provinces—toujours. Sans cette souplesse, nous aurions le même problème de rigidité que l'on retrouve au Québec, si vous me permettez de parler d'une province où je n'ai pas vécu, mais qui fait partie du Canada. Et si nous devons faire face à cette rigidité sans avoir la possibilité d'apporter des changements, nous allons nous retrouver avec d'autres difficultés sur les bras. C'était d'abord le Québec; aujourd'hui, c'est l'Ouest du Canada.

Prenons par exemple la réforme du Sénat: J'ai beaucoup de questions à ce sujet. Je suis en faveur de la réforme du Sénat, comme nous tous, d'ailleurs.

**Mme Finestone:** Tout dépend de la forme qu'elle prendra.

**M. Epp (Provencher):** Maintenant que nous sommes d'accord, quelle forme prendra-t-elle? La seule personne qui n'accepte pas le principe est M. Young; il a une perspective différente de la réforme du Sénat.

**Des voix:** Ah, ah!

**M. Epp (Provencher):** Soyons sérieux; c'est un point important. À mon avis, le Canada, ses régions et son peuple ont acquis suffisamment de maturité pour ne pas avoir recours à des menottes constitutionnelles qui consistent à rejeter telle ou telle chose si elle ne prend pas une forme particulière, car si nous commençons à agir de la sorte, nous allons nous attirer toutes sortes de problèmes.

Dans les Prairies, par exemple, nous n'avions pas l'expérience nécessaire au chapitre des ressources naturelles. C'était très clair: lorsque nous nous sommes joints à la Confédération, nous n'avions pas les capacités nécessaires pour exploiter les ressources naturelles. Et pourquoi pas? Parce que quelqu'un en avait décidé ainsi. Cela ne veut pas dire que la décision était bonne.

Regardons par exemple au nord du soixantième parallèle. À mon avis, l'avenir du Canada est au nord du soixantième, non pas à cause de. . .

**Mme Finestone:** Eh bien, ne cédez pas la «Dome».

**M. Epp (Provencher):** Un instant. Voulez-vous payer pour cette compagnie?

**Mme Finestone:** Oui. La Trans-Canada est prête à payer.

**M. Epp (Provencher):** Si l'on examine la situation au nord du soixantième, et qu'on le fait fréquemment. . . Je vous dirai sans détours, madame Finestone, qu'un ancien membre du Cabinet libéral—je ne le nommerai pas, mais

*[Text]*

Minister of Indian Affairs and Northern Development—said to me one day: "But, Jake, remember that those resources belong to Ontario." I said: "You mean Canada." He said: "No, Ontario, because it is the only way we are going to keep the west in its place."

If you start with that philosophical argument—how we are going to keep one in place versus the other in place—then Meech Lake will not work. But I think that was not at the table and that is why Meech Lake will work.

**Some hon. members:** Hear, hear!

**Mrs. Finestone:** You did not answer my question, though.

**Mr. Epp (Provencher):** I think I did, but not to your satisfaction.

**Mrs. Finestone:** No.

**The Chairman:** Mrs. Finestone, we are well over the time limit. We had better finish the round. If the committee agrees to a third round then we could entertain that, but. . .

**Mrs. Finestone:** It is because I agree with what you are saying but I am concerned that I want to go ahead with the questioning.

**The Chairman:** The Chair now recognizes Mr. Young.

**Mr. Young:** I do not know how to ask my question after that lofty dialogue.

One quick question concerned with sheltered workshops: The Disabled committee I keep referring to were quite concerned about the way we operate workshops in Canada. They are quite different from the European model, where they are used as a place to teach the person not only work skills but also life skills and to try to get them into the work force as quickly as possible after doing that kind of thing.

For a number of reasons—and I am not being critical necessarily, because many of the groups that do it do so on a voluntary basis and do not have the financial resources very often to do it as well. . . tend to use their sheltered workshops as, for lack of a better word, ghettos: places to keep people busy, rather than to teach them other life skills to get them out into the work force.

In our concern for that, we had asked Health and Welfare under the previous administration to do a study on workshops in Canada. I understand that such a study was done, but we cannot get it or find it in the Disabled committee. We have raised it several times. We know the study was done. It was done by an accountancy firm I think, Bruce.

*[Translation]*

c'était un ancien ministre des Affaires indiennes et du Nord Canadien—m'a dit un jour: «N'oubliez pas, Jake, que ces ressources appartiennent à l'Ontario.» Je lui ai répondu: «Vous voulez dire au Canada.» A quoi il a rétorqué: «Non, à l'Ontario, car c'est la seule façon pour nous de remettre l'Ouest à sa place.»

Si l'on part de ce principe—chercher à remettre les autres à leur place—l'accord du lac Meech ne fonctionnera pas. Cependant, cette attitude ne s'est pas manifestée à la table des négociations, et c'est pour cela que l'accord réussira.

**Des voix:** Bravo!

**Mme Finestone:** Mais vous n'avez pas répondu à ma question.

**M. Epp (Provencher):** Je crois que oui, mais pas à votre satisfaction.

**Mme Finestone:** En effet.

**Le président:** Madame Finestone, nous avons largement dépassé le temps alloué. Nous ferions mieux de mettre fin à ce tour. Si le Comité accepte de passer à un troisième tour, nous pourrions en discuter, mais. . .

**Mme Finestone:** C'est que je suis d'accord avec ce que vous dites, mais je voudrais pouvoir poursuivre mes questions.

**Le président:** J'accorde la parole à M. Young.

**M. Young:** Je ne sais plus trop comment poser mes questions après cette discussion au caractère si noble.

J'aurais une question rapide à vous poser au sujet des ateliers protégés. Le Comité sur les invalides et les handicapés, dont je parle constamment, s'inquiète beaucoup de la façon dont les ateliers fonctionnent au Canada. Notre système est très différent du système européen, où ces ateliers servent de lieu d'apprentissage non seulement de techniques de travail, mais aussi de techniques de vie, et aussi de tremplin pour permettre aux participants de s'intégrer au milieu du travail le plus rapidement possible.

Pour bien des raisons—et je ne suis pas nécessairement en train de critiquer le système, car bon nombre de ces groupes sont bénévoles et n'ont souvent pas les ressources nécessaires pour bien faire le travail. . . ces groupes ont tendance à transformer les ateliers protégés en une espèce de ghetto: des endroits pour tenir les gens occupés plutôt que pour leur permettre d'acquérir les techniques nécessaires pour s'intégrer au marché du travail.

Ce problème nous préoccupait à tel point que nous avons demandé au ministère de la Santé et du Bien-être de la dernière administration d'entreprendre une étude sur les ateliers au Canada. Je crois savoir que cette étude a été menée, mais le Comité sur les invalides et les handicapés n'arrive pas à mettre la main dessus. Nous avons soulevé la question à plusieurs reprises. Nous savons que l'étude a été effectuée, et je crois que c'était par une étude de comptables, n'est-ce pas, Bruce?



[Texte]

**The Chairman:** I forget.

**Mr. Young:** I know that the company had two names.

**Mr. Epp (Provencher):** Was it done for the Government of Canada or Health and Welfare?

**Mr. Young:** Yes, and it was referred to several times by Health and Welfare officials when they appeared before our committee. So we know it is there and we would certainly like to see it.

**Mr. Epp (Provencher):** I would too.

**Mr. Young:** We know it is there. Share it with us; we would like to see it.

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I am sorry; I cannot answer Mr. Young. We will check in Health and Welfare to see if any report or study like that is in our hands. Obviously, I have not seen it, and I do not think any of my officials tonight know about it either; but you have intrigued us and we will follow it up.

• 2030

**Mr. Young:** Sure. Even although it was done several years ago, I think the information will probably still be valid today, because I do not think too much has changed, and it would be extremely important for yourself as you develop policy based on the representations that have been made to you by the Association for Community Living.

**Mr. Epp (Provencher):** I am just not aware of it, and we will check.

**The Chairman:** Mr. Hamelin.

**M. Hamelin:** Merci, monsieur le président.

Monsieur le ministre, vos derniers propos—et je parle de la réponse que vous avez donnée à Mme Finestone—étaient probablement assez loin de la santé et du bien-être social, mais en ce qui concerne la santé mentale au Canada, c'était excellent, et je partage votre position. Je pense que cette position est de plus en plus partagée par l'ensemble des Canadiens et des Canadiennes et c'est pour cela qu'on va sauver ce *maudit* pays-là.

Je dis cela avec affection, madame Finestone *of course*.

Monsieur le ministre, ma question a trait à la pension et l'âge à laquelle on peut retirer cette pension. Vous avez, je pense, communiqué avec le caucus du Québec sur les prévisions des coûts encourus lorsque le gouvernement a abaissé l'âge de la retraite à 65 ans. Grosso modo, le gouvernement peut-il se permettre d'abaisser l'âge de la retraite à 60 ans? Y a-t-il eu une étude d'impact sur les autres secteurs d'activités en ce qui concerne la création

[Traduction]

**Le président:** Je ne m'en souviens plus.

**M. Young:** Je sais que la compagnie en question avait deux noms.

**M. Epp (Provencher):** Cette étude a-t-elle été effectuée pour le compte du gouvernement canadien ou du ministère de la Santé et du Bien-être?

**M. Young:** Les fonctionnaires du ministère qui ont comparu devant notre Comité ont parlé de cette étude à plusieurs reprises. Nous savons donc qu'elle existe et nous voudrions pouvoir la consulter.

**M. Epp (Provencher):** Moi aussi.

**M. Young:** Nous savons qu'elle existe. Permettez-nous d'en profiter; nous voudrions bien pouvoir la consulter.

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je suis désolé, mais je ne peux pas répondre à la question de M. Young. Je vais vérifier auprès du ministère pour voir si un rapport ou une étude de ce genre existe effectivement. Je ne l'ai évidemment jamais vue, et je ne crois pas que les fonctionnaires qui m'accompagnent ce soir soient au courant. Mais vous avez piqué notre curiosité, et nous allons faire les recherches nécessaires.

**M. Young:** Bien sûr. Bien que cela remonte à plusieurs années, je suppose que les renseignements sont encore valables, puisque la situation n'a pas beaucoup changé, il me semble, et il serait important que vous les ayez et que vous teniez compte des arguments qui vous ont été présentés par l'Association pour l'intégration communautaire au moment de définir vos politiques dans ce domaine.

**M. Epp (Provencher):** Je n'étais tout simplement pas au courant, mais nous allons nous renseigner.

**Le président:** Monsieur Hamelin.

**Mr. Hamelin:** Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Minister, your remarks a few moments ago. . . and I am referring to the answer you gave Mrs. Finestone—probably have very little to do with Health and Welfare matters per se, but as far as mental health in Canada is concerned, they are certainly very apropos, and I definitely share your views in that regard. I believe that this is a position that Canadians increasingly endorse, and that is precisely why we are going to save this bloody country.

I say that with affection, Mrs. Finestone—of course.

Mr. Minister, my question relates to pensions and the age at which one is able to receive a pension. I believe you have had correspondence with the Quebec caucus about what cost projections were when the government lowered the retirement age to 65. Basically, then, can the government afford to lower the retirement age to 60? Has an impact study been carried out in other sectors of activity with respect to job creation and the like? Could



[Text]

éventuelle d'emplois et tout le bataclan? Pourriez-vous me rappeler brièvement ces chiffres? C'est ma dernière question.

Permettez-moi de vous dire que je suis fier de vous avoir comme ministre. Merci.

**Mr. Epp (Provencher):** Thank you.

Mr. Chairman, there was a request from my colleagues from the Province of Quebec to examine the financial implications and the possible job spin-offs of lowering the eligibility age from 65 to something lower, such as 60, for the OAS/GIS. One could go to different models. One could do eligibility on the basis of age only, as is now the case at 65; one could also do that on the basis of an income test, as, for instance, we do the GIS or the spouses'. Those would be two different models. Those figures have been worked out. I do not have them with me today. I made those available to the caucus. Those are really mathematical extrapolations.

**Mr. Hamelin:** My question was:

Est-il possible d'envisager, à court terme, l'abaissement de l'âge de la retraite?

**Mr. Epp (Provencher):** I shall just finish and then come to that question.

What is much more problematic—because this is a mathematical extrapolation simply done by computerization—what is much more difficult is an extrapolation of this: if you have an early retirement, how many jobs commensurate with the number of people that would take early retirement would in fact be opened up for younger Canadians? That is very problematic. We have looked at that and I could not come up with any figures that would satisfy either me or, I think, anyone else who has looked at this pretty carefully. But, if the members want the number of people who would be affected if the age were to be lowered, it would be 1,140,000 Canadians if it was done on the basis of the present old age pension and 740,000 Canadians if it was done on an income-tested basis, as the GIS spouses' now is.

There are fairly substantial costs. On the first model, it would be a cost approaching \$3 billion extra—

**M. Hamelin:** Trois milliards de dollars!

**M. Epp (Provencher):** Milliards.

On the second model, it would be \$1.7 billion per year.

• 2035

Now, the last question, about the—

[Translation]

you just briefly give me those figures again? That is my last question.

And just allow me to say how proud I am to have you as a minister.

**M. Epp (Provencher):** Merci.

Monsieur le président, mes collègues du Québec m'ont effectivement demandé d'étudier les conséquences financières et l'incidence sur les emplois d'une baisse de l'âge d'admissibilité à 60 ans, par exemple, au lieu de 65 ans, pour le supplément de revenu garanti et la sécurité de la vieillesse. Il y a en fait plusieurs modèles. L'admissibilité pourrait être fonction de l'âge seulement, comme c'est le cas actuellement, où l'âge est fixé à 65 ans; elle pourrait également être fonction des revenus du particulier, comme nous le faisons, par exemple, pour le SRG ou l'allocation au conjoint. Ce sont les deux modes qu'on pourrait appliquer. Nous avons calculé les coûts pour chaque modèle, mais malheureusement, je ne les ai pas avec moi aujourd'hui. Je les ai déjà fournis aux membres du caucus. Il s'agit évidemment d'une extrapolation.

**M. Hamelin:** Ma question était la suivante:

Would it be possible to consider, in the short-term, lowering the retirement age?

**M. Epp (Provencher):** Oui, je vais simplement finir ma petite explication et je répondrai ensuite à cette question-là.

Ce qui est beaucoup plus difficile—parce que là, il s'agit d'une simple extrapolation faite par ordinateur—donc, dis-je, ce qui est beaucoup plus difficile, c'est d'essayer de déduire ceci: si l'on abaisse l'âge de la retraite, combien d'emplois, correspondant au nombre de personnes qui prendraient leur retraite plus tôt, seraient effectivement libérés au profit de Canadiens plus jeunes? C'est très difficile à calculer. Nous avons déjà étudié ce problème, mais ni moi ni personne d'autre qui s'est penché là-dessus n'avons pu obtenir un chiffre qui nous paraît raisonnable. Mais si les membres du Comité désirent savoir combien de personnes seraient touchées par l'abaissement de l'âge de la retraite, il s'agit de 1,140,000 Canadiens si l'on appliquait les critères actuels de la pension de retraite, et de 740,000 Canadiens si l'admissibilité était fonction des revenus, comme c'est le cas actuellement pour le SRG ou l'allocation au conjoint.

Mais cela coûterait assez cher. Dans le cas du premier modèle, le coût serait d'environ 3 milliards de dollars de plus. . .

**Mr. Hamelin:** Three billion dollars!

**Mr. Epp (Provencher):** Yes, billions.

Dans le cas du deuxième modèle, il s'agirait de 1,7 milliard de dollars par an.

Maintenant, pour répondre à votre dernière question, au sujet. . .

[Texte]

**Mr. Hamelin:** The possibility in the near future.

**Mr. Epp (Provencher):** —the possibility. . . As Minister of National Health and Welfare, it is always my purpose to try to improve the state of Canadian health, as well as welfare.

**Mr. Young:** Would the figures you referred to be of any value to the committee? I would not mind taking a look at them.

**Mr. Epp (Provencher):** If you want the figures, Mr. Chairman, let me put those through right now.

**Mr. Young:** Could you attach them to the minutes?

**Mr. Epp (Provencher):** What I did, Mr. Chairman, was I gave you the gross figures for Canadians who would be affected and the net cost. Obviously there would be tax results. There would be spouses who would come off because they would come under this plan. So I gave you net cost. But that is available.

**Mrs. Finestone:** On spousal allowance, you are, I am sure, well aware of the discriminatory aspects of it, and I know we have asked you about this a number of times. I would like to know two things about that. First of all, what has been the percentage of take-up—and if you just want to send the figures to the committee, that is fine, if you do not have them on hand—of those widows or widowers who have used the extra financing available at age 60? Secondly, are you considering removing that discriminatory feature and you will move down incrementally to meet the needs of the divorced and single people in our society?

**Mr. Epp (Provencher):** Mr. Chairman, I know what the Ottawa member says when she says it is discriminatory.

I do not react negatively to that when you say that, Mrs. Finestone—

**Mrs. Finestone:** I did not mean it—

**Mr. Epp (Provencher):** —nor am I reacting that way. We have to go back, I think, somewhat to the history, quite frankly, of this program. I think all of us recognize that. . . and our experience in pensions has been an incremental experience; not only in this issue. The Canadian experience has been an incremental one.

I think a lot of people became aware of it when, because of the OAS-GIS and the manner in which it had an effect. . . for example, that the GIS had to be expanded to cover people. We called it a “spousal allowance” at the time. Through that experience, a number of us in the

[Traduction]

**M. Hamelin:** Des possibilités de changement dans un avenir rapproché.

**M. Epp (Provencher):** . . . de la possibilité. . . En tant que ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, je cherche toujours à améliorer l'état de santé et la situation sociale des Canadiens en général.

**M. Young:** Pensez-vous que les chiffres que vous avez mentionnés pourraient être utiles aux membres du Comité? J'aimerais bien les voir.

**M. Epp (Provencher):** Si vous voulez les chiffres, monsieur le président, permettez-moi de vous les donner tout de suite.

**M. Young:** Est-ce qu'on pourrait les inclure au procès verbal de la réunion?

**M. Epp (Provencher):** Eh bien, monsieur le président, je vous ai donné les chiffres bruts en ce qui concerne le nombre de Canadiens qui seraient touchés ainsi que le coût net. Évidemment il y aurait une certaine incidence sur les revenus fiscaux. Certains conjoints ne recevraient plus les allocations puisqu'ils seraient couverts par ce nouveau régime. Je vous ai donné le coût net. Mais les autres renseignements sont disponibles.

**Mme Finestone:** Pour ce qui est de l'allocation au conjoint, vous êtes certainement conscient de son caractère discriminatoire, et je sais d'ailleurs que nous vous avons déjà posé des questions là-dessus à plusieurs reprises. J'aimerais savoir deux choses. D'abord, quel est le pourcentage de participation—et si vous préférez faire parvenir ces chiffres au Comité ultérieurement, parce que vous ne les avez pas avec vous aujourd'hui, c'est très bien—des veufs ou veuves qui se sont prévalus de la possibilité de recevoir des fonds supplémentaires à l'âge de 60 ans? Deuxièmement, envisagez-vous d'éliminer cette discrimination et allez-vous également essayer de répondre aux besoins des célibataires et des gens divorcés de notre société?

**M. Epp (Provencher):** Monsieur le président, je comprends très bien l'honorable députée lorsqu'elle dit que c'est discriminatoire.

D'ailleurs, je n'ai pas du tout une réaction négative à ce genre de critique, madame Finestone. . .

**Mme Finestone:** Mais je ne voulais pas dire. . .

**M. Epp (Provencher):** . . . et vous constatez vous-même que ma réaction n'est pas négative. Mais je crois qu'il convient de remonter un petit peu en arrière pour revoir les origines de ce programme. Je crois que nous reconnaissons tous que. . . et dans le domaine des pensions, les services ont effectivement augmenté au fil des ans; pas seulement dans le cas que vous soulevez. En général, au Canada, les services ont continuellement augmenté.

Je pense que bon nombre de gens s'en sont rendu compte quand—étant donné l'effet du SRG et de la sécurité de vieillesse. . . Par exemple, les gens se sont rendu compte qu'il fallait élargir le SRG pour couvrir davantage de gens. À l'époque, c'était considéré comme



[Text]

House of Commons who took... the most difficult cases for us were, quite frankly, widows—on average, much higher than widowers—who simply were not eligible because their spouse had passed away at a certain time prior to their becoming eligible, while somebody a little older was getting benefits. So we expanded it. We expanded it to widows and widowers.

I do not know what the exact take-up is. We had estimated 85,000. The last figure I saw was just over 50,000.

**Mrs. Finestone:** What percentage of that are eligible?

**Mr. Epp (Provencher):** We projected it could be as high as 85,000.

**Mrs. Finestone:** That is what I thought.

**Mr. Epp (Provencher):** So it is just over 50,000. The ratio is 85% women, 15% men. That ratio has stayed pretty well as we had projected it might.

I should say even on that point, we have vetted provincial social assistance lists. I think that vetting has been done very closely with provincial co-operation, and also with social agency co-operation, and friends who might know of someone who could be eligible.

There is no question there are some people who would argue that the present plan remains discriminatory for those who are single and who might have the same financial need, or who are divorced and separated and who might have the same financial need; or who are married. The government is aware of that.

There are some people who would argue, for example, that it is discrimination under section 15 of the Charter. I would hope we do not get into an argument in Canada that we cannot have social programs on the basis of age, because that has all types of different implications for our programs. I simply throw that in because when we get into these areas of discrimination, we obviously have to be very sensitive to what the spin-offs might be.

So I am aware, Mrs. Finestone, of the point you make. I accept that point. One of the benefits of the program Mr. Hamelin raised, if we were to go that route, is that it would remove that basis totally and would be based again on an age criteria, knowing full well that section 15 could be used. It would not be, I think—

• 2040

[Translation]

une sorte d'allocation au conjoint. Grâce à notre expérience de cette question-là, bon nombre d'entre nous qui étaient à la Chambre des communes ont... c'est-à-dire que les cas les plus difficiles concernaient les veuves—recevant en moyenne beaucoup plus que les veufs—qui n'étaient pas admissibles parce que leur conjoint était décédé avant qu'elles puissent l'être, alors que quelqu'un d'un peu plus âgé recevait quant même des prestations. Nous avons donc élargi le programme. Nous l'avons élargi pour inclure les veuves et les veufs.

J'ignore le taux de participation exacte. Nous l'avions évalué à 85,000. Mais selon les derniers chiffres, je crois que le taux de participation était d'un peu plus de 50,000.

**Mme Finestone:** Et quel est le pourcentage d'admissibles?

**M. Epp (Provencher):** D'après nos projections, il pourrait s'agir de 85,000 personnes.

**Mme Finestone:** C'est bien ce que je pensais.

**M. Epp (Provencher):** Donc il s'agit d'un peu plus de 50,000. Pour ce qui est du rapport hommes femmes, 85 p. 100 des participants sont des femmes, et 15 p. 100 sont des hommes. Ce rapport continue de suivre plus ou moins nos projections.

Sur ce même point, je tiens à vous signaler que nous avons examiné les listes provinciales d'assistés sociaux. Cela a pu se faire grâce à la collaboration des provinces et d'organismes de travail social ou d'amis, qui signalent le cas de quelqu'un d'admissible.

Mais il ne fait aucun doute qu'aux yeux de certains, le régime actuel continue d'être discriminatoire à l'égard des personnes célibataires dont les besoins financiers sont les mêmes, ou à l'égard de personnes divorcées ou séparées ou même mariées et dont les besoins financiers sont, encore une fois, les mêmes; le gouvernement est au courant de cela.

Certains prétendent, par exemple, que ce genre de discrimination va à l'encontre de l'article 15 de la Charte. J'espère que nous n'allons pas commencer à nous disputer au Canada en prétendant que les programmes sociaux ne doivent pas être fondés sur l'âge, car ce genre de décision aurait de maintes répercussions sur nos programmes. Si je vous dit cela, c'est que quand on parle de discrimination, il faut évidemment être très conscient de l'incidence possible de tout changement.

Donc, madame Finestone, je comprends très bien votre argument et je l'accepte. L'un des avantages de ce genre de programme, comme M. Hamelin l'a dit, c'est que si nous décidions d'adopter cette solution, ce genre de critère ne s'appliquerait plus, et l'âge serait le seul critère, même si l'on pouvait éventuellement invoquer l'article 15. Il me semble que ce ne serait pas... .

**Mme Finestone:** Vous parlez de l'état civil. Ce serait donc possible dans les deux cas.

**Mrs. Finestone:** Marital status. You can get it both ways.



[Texte]

**Mr. Epp (Provencher):** Yes. But it would not be as stark as it is now.

**The Chairman:** Thank you very much, Mrs. Finestone.

Mr. Minister, may I, on behalf of the committee, thank you, your officials, and Dr. Bois for being with us this evening. We have appreciated your direct answers to our questions. We look forward to having you back at some future date.

This meeting now stands adjourned to the call of the Chair, which will probably be this Wednesday evening.

[Traduction]

**M. Epp (Provencher):** Oui. Mais ce ne serait pas aussi évident qu'actuellement.

**Le président:** Merci beaucoup, madame Finestone.

Monsieur le ministre, permettez-moi, au nom de tous les membres du Comité, de vous remercier, vous et vos collaborateurs, ainsi que le D<sup>r</sup> Bois, d'avoir bien voulu assister à notre réunion ce soir. Nous avons beaucoup apprécié vos réponses franches aux questions des députés. Nous attendons d'ailleurs avec impatience la possibilité de vous inviter à nouveau.

La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation du président, c'est-à-dire jusqu'à mercredi soir, probablement.



## APPENDIX / APPENDICE "SNTÉ-4"

**TABLE 1/TABLEAU 1**

**ESTIMATED COST OF LOWERING THE AGE OF ELIGIBILITY FOR THE OAS/GIS PROGRAM/  
CÔT ESTIMATIF DE LA RÉDUCTION DE L'ÂGE OUVRANT DROIT AU PROGRAMME DE LA SV ET DU SRG**

**1987**

Proposal/ Proposition	Affected Population/ Population touchée ( '000)	Additional Program Costs/ Coûts additionnels du programme (\$M)	Recoveries/ Recouvrements			Net Additional Costs/ Coûts additionnels nets (\$M)
			Taxes/ Impôt (\$M)	CAP/ RAPC (\$M)	SPA/ AAC (\$M)	
Universal OAS/ Income tested GIS/ SV universelle SRG après examen du revenu	1,140	4,720	1,115	210	580	2,815
Income tested OAS/GIS SV et SRG après examen du revenu	740	2,435	-	160	580	1,695









*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

#### WITNESSES

*From the Department of National Health and Welfare:*

Dr. A.J. Liston, Assistant Deputy Minister, Health  
Protection Branch;

Dr. M.M. Law, Deputy Minister.

*From the Research Council of Canada:*

Dr. P. Bois, President.

#### TÉMOINS

*Du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social:*

D<sup>r</sup> A.J. Liston, sous-ministre adjoint, Protection de la  
santé;

D<sup>r</sup> M.M. Law, sous-ministre.

*Du Conseil de recherches du Canada:*

M. P. Bois, président.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 18

Wednesday, May 13, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 18

Le mercredi 13 mai 1987

Président: Bruce Halliday

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

# National Health and Welfare

# Santé nationale et Bien-être social

RESPECTING:

Main Estimates 1987-88: Votes 50, 55, 65 and 70  
under NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

Budget des dépenses principal 1987-1988: Crédits  
50, 55, 65 et 70 sous la rubrique SANTÉ  
NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

APPEARING:

The Honourable Otto Jelinek,  
Minister of Fitness and  
Amateur Sport

COMPARAÎT:

L'honorable Otto Jelinek,  
Ministre de la Condition  
physique et sport amateur

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)



Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

WEDNESDAY, MAY 13, 1987

(23)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 7:08 o'clock p.m., in Room 308 of the West Block, this day, the Vice-Chairman, Barry Turner, presiding.

*Members of the Committee present:* Sheila Copps, Paul McCrossan, Barry Turner.

*Acting Members present:* Bill Lesick for Brian White, Iain Angus and David Orlikow for Howard McCurdy.

*Other Member present:* Bill Tupper.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton and Paul Rosenbaum, Research Officers.

*Appearing:* The Honourable Otto Jelinek, Minister of Fitness and Amateur Sport.

*Witnesses: From the 1988 Olympic Winter Games Office:* Gerald A. Berger, Federal Coordinator. *From the Medical Research Council:* Dr. Pierre Bois, President.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference dated Monday, March 2, 1987, relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1988. (See *Minutes of Proceedings and Evidence of Monday, April 27, 1987, Issue No. 16.*)

The Minister made an opening statement and, with the witness, answered questions.

Dr. Pierre Bois made an opening statement and answered questions.

Paul McCrossan moved, seconded by Bill Lesick,—That this Committee report to the House seeking authority to travel to Toronto from May 20, 1987 to May 22, 1987 and to Victoria, Vancouver, Alkali Lake, Meares Island, British Columbia and Edmonton, Alberta from May 31 to June 4, 1987 and that the necessary staff do accompany the Committee.

Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 and 70 under National Health and Welfare, carried by unanimous consent.

At 9:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
Clerk of the Committee

**PROCÈS-VERBAL**

LE MERCREDI 13 MAI 1987

(23)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 19 h 08, dans la pièce 308, de l'Édifice de l'ouest, sous la présidence de Barry Turner, (*vice-président*).

*Membres du Comité présents:* Sheila Copps, Paul McCrossan, Barry Turner.

*Membres suppléants présents:* Bill Lesick remplace Brian White; Iain Angus et David Orlikow remplacent Howard McCurdy.

*Autre député présent:* Bill Tupper.

*Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton et Paul Rosenbaum, attachés de recherche.

*Comparait:* L'honorable Otto Jelinek, ministre de la Condition physique et du Sport amateur.

*Témoins: Du Bureau des Jeux Olympiques d'hiver 1988:* Gerald A. Berger, coordinateur fédéral. *Du Conseil de recherches médicales:* Docteur Pierre Bois, président.

Le Comité examine de nouveau son ordre de renvoi du lundi 2 mars 1987 relatif au budget principal des dépenses pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1988. (Voir *Procès-verbaux et témoignages du lundi 27 avril 1987, fascicule n° 16.*)

Le Ministre fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et le témoin répondent aux questions.

Le docteur Pierre Bois fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Paul McCrossan, appuyé par Bill Lesick, propose,—Que le présent Comité obtienne de la Chambre l'autorisation de se rendre à Toronto, du 20 au 22 mai 1987, à Victoria, à Vancouver, à Alkali Lake et l'Île Meares, en Colombie-Britannique, ainsi qu'à Edmonton, en Alberta, du 31 mai au 4 juin 1987, et de se faire accompagner du personnel nécessaire.

Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 et 70, inscrits sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social, sont adoptés à l'unanimité.

À 21 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité  
Patricia Russell



## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Wednesday, May 13, 1987

• 1907

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Good evening, everybody. We have a quorum to hear witnesses. We do not have a quorum to vote on anything, but I do not anticipate any votes.

The orders of the day today are respecting the main estimates for 1987-88, in particular votes 50, 55, 65, and 70 under National Health and Welfare.

## NATIONAL HEALTH AND WELFARE

## Fitness and Amateur Sport Program

Vote 50—Operating expenditures ..... \$8,341,000

Vote 55—Contributions ..... \$57,641,000

## Medical Research Council

Vote 65—Operating expenditures ..... \$3,485,000

Vote 70—Grants ..... \$167,873,000

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** I am very pleased to have the Minister of Fitness and Amateur Sport, the Hon. Otto Jelinek, as our witness tonight. Mr. Minister, I assume you have an opening statement, but before you give it, as acting chairman I want to congratulate you on what I think is a superb job as Minister since the Conservatives formed the government. You have done superbly and have brought the profile of Fitness and Amateur Sport to a level I think it should be at in this country. On this note, sir, I turn it over to you.

**Hon. Otto Jelinek (Minister of State (Fitness and Amateur Sport)):** Thank you very much, Mr. Chairman, for those kind words. I am delighted to be here.

Let me first introduce two gentlemen with me: the federal co-ordinator for the federal government's Olympic Winter Games Office, responsible for staging the 1988 Winter Games in Calgary, Mr. Gerry Berger; and Mr. Lyle Makosky, who is assistant deputy minister, Fitness and Amateur Sport.

Mr. Chairman, as you point out, we have been able to in the last couple of years bring a higher profile to Fitness and Amateur Sport. I believe it is true. In the process I think it has been easier for us to be able to complete and follow the mandate that has been given to Fitness and Amateur Sport, namely to promote and develop fitness and sports matters across the country.

If I could, colleagues, I would like to make a very brief statement. Then we could get into as many questions as we possibly can.

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le mercredi 13 mai 1987

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Bonsoir. Nous avons le quorum pour entendre des témoins. Nous n'avons cependant pas le quorum pour voter, mais je ne prévois aucun vote.

Nous examinons aujourd'hui le budget des dépenses principal 1987-1988, notamment les crédits 50, 55, 65 et 70 sous la rubrique de la Santé nationale et du Bien-être social.

## SANTÉ NATIONALE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

## Condition physique et Sport amateur

Crédit 50—Dépenses de fonctionnement ..... \$8,341,000

Crédit 55—Contributions ..... \$57,641,000

## Conseil de recherches médicales du Canada

Crédit 65—Dépenses de fonctionnement ..... \$3,485,000

Crédit 70—Subventions ..... \$167,873,000

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Je suis heureux d'accueillir ce soir comme témoin l'honorable Otto Jelinek, ministre de la Condition physique et du Sport amateur. Monsieur le ministre, je suppose que vous avez un exposé liminaire, mais avant de nous le présenter, à titre de président suppléant, je voudrais vous féliciter de l'excellent travail que vous avez accompli à titre de ministre depuis l'arrivée au pouvoir des conservateurs. Grâce à votre magnifique travail, le conditionnement physique et le Sport amateur occupent maintenant la place qu'ils devaient occuper, à mon avis, au Canada. Monsieur le ministre, à vous la parole.

**L'honorable Otto Jelinek (ministre d'État, (Conditionnement physique et Sport amateur)):** Monsieur le président, je vous remercie de vos bonnes paroles. Je suis ravi d'être ici.

Permettez-moi d'abord de vous présenter les deux messieurs qui m'accompagnent: le coordonnateur fédéral du Bureau fédéral des jeux Olympiques d'hier, chargé d'organiser les jeux d'hiver de 1988 à Calgary, M. Gerry Berger; et M. Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Conditionnement physique et Sport amateur.

Monsieur le président, comme vous l'avez souligné, je crois qu'il est vrai que nous avons réussi à faire en sorte que le conditionnement physique et le sport amateur occupent la place qui lui revient. À mon avis, cela nous a ainsi facilité la tâche de terminer et de suivre le mandat qui nous avait été donné, notamment celui de promouvoir et de mettre en valeur le conditionnement physique et le sport amateur au pays.

Si vous me le permettez, j'aimerais maintenant faire une très courte déclaration. Je pourrai ensuite répondre au plus grand nombre de questions possibles.

## [Texte]

The promotion as a result of the higher profile in sport first of all has allowed us to promote excellence and to expand participation in all aspects of Canada's sports community, including the area of athletes, of course. But it goes beyond the athletes; it includes coaches, officials, sports bodies executives and administrators.

• 1910

Having said that, there is an ever-growing demand by the sports community nationally and internationally for funds and for resources. As well, with the higher profile that we have been able to establish, we have also come up with new initiatives such as our Fair Play Commission, which was established last year and which we hope will lead towards reducing the amount of violence-related incidents in sports.

Another initiative was our doping policy, which we built on last year, announcing a very strong policy in taking a world leadership role in trying to eradicate the use of drugs in sports in Canada, which I believe we are successful in. As a result of that, we have also taken the leadership role internationally in trying to get the rest of the world to come on board and formulate a policy that will be the same for all participating countries around the world.

I think we are very successful in moving in that direction. In fact, I was the first Minister from outside the Council of European Ministers to have been invited to a European Sports Ministers' Conference last year in Dublin, where we moved a resolution based on our policy of doping in Canada, which was accepted. Further to that, the European sports ministers agreed that Canada should take the leadership role and play the brokerage role, if you will, among other nations around the world.

We have taken a further initiative in our *Tribute to Champions*, where we recognize Canada's superior athletes and champions, not behind closed doors but sharing the pride and recognition with the public at large. We have been able to achieve the *Tribute to Champions* being televised by a national television network and we have also taken it on the road so that we can bring that sense of pride to all Canadians.

Most of you will recall that we came out with a new policy on women in sport where we are basically opening up the doors for girls and women to participate and to have equal opportunity to participate in sports, not only on the playing fields but in the role of management, coaching, officiating, and the list goes on. In fact, the list of initiatives goes on.

The problem with all this is that it costs money, and because I am a member of a government which is committed to fiscal responsibility and fiscal restraint, I felt the time had to come where we could not continue to dig into a bottomless barrel of money for new initiatives and new demands by a legitimate sector of our community, that is to say the fitness and sport community. That is why

## [Traduction]

La nouvelle place qu'occupent les sports nous a d'abord permis de promouvoir l'excellence et d'améliorer la participation à tous les aspects de la communauté sportive du Canada, y compris le domaine des athlètes, bien sûr. Mais cela va au-delà des athlètes; cela comprend les entraîneurs, les officiels, les administrateurs et les directeurs des organismes sportifs.

Ceci dit, dans la communauté sportive nationale et internationale, la demande de fonds et de ressources ne cesse de croître. Nous avons en outre lancé certaines initiatives telle que «l'esprit sportif dans le sport» une campagne contre la violence qui a été entreprise l'an dernier pour venir à bout de ce grave problème qu'est la violence dans le sport au Canada.

Nous avons en outre élaboré l'an dernier notre politique relative aux drogues. En effet, nous avons annoncé une politique très sévère visant à éliminer l'utilisation des drogues proscrites au Canada. Cette initiative nous a permis de jouer un rôle de chef de file sur le plan international pour essayer de convaincre le reste du monde de se joindre à nous et d'élaborer une politique qui sera la même pour tous les pays participants.

Je crois que cette initiative a beaucoup de succès. En fait, j'étais le seul ministre, invité à une conférence des ministres européens des Sports l'an dernier à Dublin, qui ne faisait pas partie de ce Conseil. Au cours de cette conférence, nous avons proposé une résolution fondée sur notre politique concernant les drogues au Canada, et elle a été acceptée. Par la suite, les ministres européens des Sports ont convenus que le Canada devait jouer un rôle de pointe et servir d'intermédiaire avec les autres pays du monde.

Notre programme *Hommage aux champions* est une initiative visant à rendre hommage à nos meilleurs athlètes et champions et à partager notre fierté avec toute la population. Nous avons réussi à faire téléviser *Hommage aux champions* et nous l'avons également présenté partout à travers le Canada afin de partager cette fierté avec tous les Canadiens.

La plupart d'entre vous se rappelleront que nous avons adopté une nouvelle politique, concernant la femme et le sport, visant essentiellement à donner aux filles et aux femmes la chance de participer pleinement aux sports, non seulement comme athlète, mais également à titre de directeur, d'entraîneur, d'officiel, etc. En fait, la liste d'initiatives est longue.

Mais le problème, c'est que tout cela coûte de l'argent. À titre de membre du gouvernement qui s'est engagé à respecter certaines responsabilités et certaines limites financières, j'ai estimé que le moment viendrait où nous ne pourrions plus continuer à puiser indéfiniment dans notre budget pour répondre aux légitimes demandes d'un secteur de notre collectivité, c'est-à-dire la collectivité des



*[Text]*

I established a Sport Marketing Council, which is out there now trying to bring the sports governing bodies and fitness community together with the corporate sector to raise more funds from the corporate sector towards the development of fitness and sports programs in this country.

I am happy to report that in the last year, there has been an increase of some 30% as a result of the Sport Marketing Council's efforts of private sector contribution to fitness and sports programs, bringing the total to some \$20 million a year.

We have a whole agenda of initiatives planned for the future in developing international sport policy, expanding participation levels, following up on our initiatives on the insurance commission. We are exploring the potential for establishing such an athletic scholarship program and so on.

In the fitness field, I think we have increased the activity in the promotion and expansion of fitness programs across the board. I would suggest that the Canada Fitness Summit that was held last summer in Ottawa has set the stage for co-ordinated and improved and increased activities for fitness and opportunities for all Canadians.

• 1915

We are, however, targeting some areas, such as fitness in the workplace, where we feel it is imperative that we improve the opportunities for the working people in this country. All surveys categorically conclude that if people are more fit, they feel better, they produce better, there is less absenteeism, productivity is higher, and therefore it is better for the person who is working, it is better for the company, and it is better for Canada. Our other target areas, among others, are youth fitness, fitness for the disabled, the third age, and so on.

And finally is the 1988 Calgary Olympics. The government has committed \$200 million of non-tax revenue dollars to the games—\$120 million toward the building of facilities, \$40 million for operational assistance, and \$30 million to an endowment fund. Let me just spend 30 seconds on the endowment fund, because it is very important to the legacy of these facilities.

The endowment fund has been put in place by the federal government, in conjunction with other partners, in order that Canadians will not have to bear the cost of operating those facilities after the games. We learned a lesson in Montreal, where taxpayers in that city are still paying for some of those facilities.

*[Translation]*

sports et du conditionnement physique. C'est pourquoi j'ai mis sur pied le Conseil de marketing du sport, qui vise à aider les associations nationales de sport et de la condition physique à obtenir la commandite d'un plus grand nombre de sociétés.

Je suis heureux de dire qu'au cours de la dernière année, grâce aux efforts du Conseil de marketing du sport, la contribution du secteur privé aux programmes des sports et du conditionnement physique a augmenté d'environ 30 p. 100, pour atteindre environ 20 millions de dollars par année.

Nous prévoyons pour l'avenir tout un programme d'initiatives visant à élaborer une politique internationale en matière de sports, à augmenter la participation, et à relancer nos initiatives concernant la commission d'assurance. Nous étudions les possibilités de mettre sur pied un programme de bourses destinées aux athlètes, etc.

Au chapitre de la condition physique, nous avons, à mon avis, amélioré la situation sur toute la ligne, pour ce qui est de la promotion et de l'expansion des programmes de conditionnement physique. Je dirais que le Sommet canadien de la condition physique qui a eu lieu à Ottawa l'été dernier a permis de coordonner et d'améliorer les activités liées au conditionnement physique et à augmenter les chances de participation pour tous les Canadiens.

Nous visons cependant certains domaines, notamment celui des bienfaits du conditionnement physique en milieu de travail, car nous estimons qu'il est essentiel d'améliorer les possibilités de conditionnement physique pour les travailleurs au pays. Tous les sondages indiquent catégoriquement que si les gens sont en meilleure condition physique, ils se sentent mieux, ils produisent mieux, s'absentent moins, ce qui est, par conséquent, avantageux pour le travailleur, pour l'employeur et pour le Canada. Nous concentrons également nos initiatives sur des groupes cibles comme les jeunes, les handicapés, les Canadiens âgés, etc.

Enfin, il y a les Jeux olympiques de 1988 à Calgary. Le gouvernement s'est engagé à leur consacrer 200 millions de dollars provenant des recettes non fiscales—120 millions de dollars pour la construction des installations, 40 millions de dollars pour l'aide au fonctionnement et 30 millions de dollars à un fonds de dotation. Permettez-moi de vous parler brièvement du fonds de dotation, car il est extrêmement important en ce qui concerne le legs de ces installations.

Le fonds de dotation a été créé par le gouvernement fédéral, conjointement avec d'autres partenaires, de sorte que les Canadiens n'auront pas à assumer le coût d'exploitation de ces installations après les Jeux. Nous avons appris notre leçon à Montréal, où les contribuables de cette ville doivent encore payer certaines de ces installations.



[Texte]

I am happy to announce again today that construction of the facilities is complete. They have all been opened, except for the speed skating oval, but the official opening of that will take place later this year. They have been completed on time and on or under budget.

The economic impact of the Olympics is tremendous. It is \$1.3 billion of new economic activity for all Canadians. Some 28,000 new jobs have been created as a result of the staging of the Olympics in Calgary. As the president of the International Olympic Committee, Dr. Juan Antonio Samaranch, said when he visited Calgary not too long ago, and I happen to share that belief with him, these Olympics in Calgary are going to be the best winter Olympic games in the history of the Olympic movement.

Last week, relating to the Olympic games, we initiated a program called Celebration '88, a federal government program designed to bring the Olympic spirit to all Canadians and to all corners of Canada in the form of educational programs, which we will be distributing to some 12,000 elementary schools. I do not want to waste the time of the committee to dwell on that, so I hope there will be some questions on Celebration '88.

I said that would be my final point in my opening remarks. There is so much more to talk about on the Olympics, and I know the federal co-ordinator would be upset if we did not talk more about it, so I hope there will be more questions on it as we go along.

There is one item I want to brag about, and I am not ashamed to use that word, and that is official languages. The report of the Commissioner of Official Languages, where he has always blasted, I guess, nearly every department of government, including Fitness and Amateur Sport, the 1986 annual report—and I am proud of this—said the following in relation to this branch, and I quote:

The Fitness and Amateur Sport Branch, which for years has been a source of linguistic problems for its parent department, made greater progress in 1986 than it has since it came into being.

Colleagues and Mr. Chairman, I intend to keep moving in that direction within my branch. The report goes on to say, and I quote again:

An official languages information kit was distributed to all associations, and a committee composed of representatives of the federal and Quebec governments has been charged with the task of recommending ways of enhancing the application and use of both languages in fitness and amateur sport activities at the national level.

• 1920

So this in brief is what we are all about. As a former athlete, I am very enthusiastic about the opportunities presented to Canadians in the area of fitness and amateur sport, which includes the hosting of not only the Olympic

[Traduction]

Je suis heureux d'annoncer encore une fois aujourd'hui que la construction de ces installations est terminée. Toutes les installations sont ouvertes, sauf l'anneau de patinage de vitesse dont l'ouverture officielle aura lieu un peu plus tard cette année. Les installations ont toutes été terminées à temps et dans les limites du budget.

Les Jeux olympiques auront des répercussions fantastiques sur le plan économique. Cet événement contribuera à générer 1,3 milliard de dollars en nouvelles activités économiques nationales et à créer 28,000 emplois au Canada. Comme l'a dit M. Juan Antonio Samaranch, président du Comité olympique international, lors de sa visite à Calgary récemment, et je partage son point de vue, les Jeux olympiques de Calgary seront les meilleurs jeux olympiques d'hiver de toute l'histoire.

La semaine dernière, nous avons lancé un programme intitulé *Célébration '88*, un programme du gouvernement fédéral visant à promouvoir l'esprit olympique à travers le Canada grâce à des programmes éducatifs que nous distribuerons dans environ 12,000 écoles élémentaires. Je ne veux pas faire perdre le temps au Comité en m'étendant sur ce sujet, mais j'espère qu'il y aura des questions sur *Célébration '88*.

J'ai dit que cela serait la dernière question dont je parlerais dans mes remarques liminaires. Il y aurait tant à dire au sujet des Jeux olympiques, et je sais que le coordonnateur fédéral se formaliserait si nous n'en parlions pas davantage, alors j'espère que vous poserez des questions à ce sujet.

Il y a un point dont je veux me vanter, et je n'ai pas honte d'utiliser ce mot. Il s'agit des langues officielles. Dans son rapport annuel de 1986, le commissaire aux langues officielles qui fait toujours des reproches à presque chaque ministère du gouvernement, y compris le Conditionnement physique et le Sport amateur, a dit ce qui suit à notre sujet, et j'en suis fier:

Condition physique et Sport amateur, qui depuis des années est source de problèmes linguistiques pour le ministère de tutelle, a fait plus de progrès en une année que depuis sa création.

Chers collègues et monsieur le président, j'ai l'intention de continuer dans cette direction. Le rapport dit également:

On a fait parvenir une trousse sur les langues officielles à toutes les associations, et un comité formé des représentants des gouvernements fédéral et québécois a reçu le mandat de recommander des mesures susceptibles de favoriser l'utilisation des deux langues officielles dans les activités de conditionnement physique et de sport amateur sur la scène nationale.

Voilà donc en bref ce qu'il a dit de nous. Comme ancien athlète, je suis très enthousiaste quant aux chances qui sont offertes aux Canadiens dans le domaine de la condition physique et du sport amateur, y compris celle

**[Text]**

games but also many other international sporting events. I think sports can play a major role in the area of international relationships. In fact, there is an effort now by myself and my government to expand that role.

I am always open to new ideas, new opportunities, and new recommendations. I would take under consideration anything that is suggested here, as long as it is for the benefit of sport. Since sport is part of our national culture, sport is good for culture and culture is good for Canada. So what we are here about is good for all of us.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** *Merci, monsieur le ministre.* Ms Copps, do you want to lead off?

**Ms Copps:** What is the status with tickets for the Olympics?

**Mr. Jelinek:** The ticket situation has been improved.

**Ms Copps:** Does that mean that they are still all going to politicians, or they are going to the public?

**Mr. Jelinek:** Ms Copps, if you want a bunch of tickets for yourself, I would be happy to make representations to the organizing committee. Seriously, though, I understand what you are talking about. That has been a contentious issue and one that has caused some problems for the organizing committee. Let me at the outset say that the ticket distribution is the responsibility of the organizing committee known as OCO '88. That is not to say that I am washing my hands of that responsibility. As the Minister responsible for the Olympic Games, I believe that everything in Calgary for the Olympics must be a responsibility shared by me.

I can only say that if there was a mistake made by the organizing committee, it was made when they did not explain to the public prior to the beginning of the distribution of the tickets the necessity of having to set aside a certain number of tickets for the so-called Olympic family and the media. Without setting them aside, they would have never been awarded the games. The mistake was that they assumed everyone knew that. They did not explain to the public that they had to set aside a certain number of tickets for the media.

I have been involved in Olympic Games since the late 1950s, and I know that the Calgary Olympics are going to have more tickets available to the public than any other winter Olympics in history.

Take the speed skating oval, which holds some 4,000 seats. Automatically, approximately 1,000 of those seats must be reserved for the international media. There are going to be 5,000, 6,000 media personnel from around the world in Calgary. For the speed skating events, there will be approximately 1,000 set aside. That is 25% right there. I am taking the worst-case scenario right now, because it is a smaller seating capacity.

**[Translation]**

d'accueillir non seulement les Jeux olympiques, mais aussi bon nombre d'autres événements sportifs internationaux. Je crois que les sports peuvent jouer un rôle important dans le domaine des relations internationales. En fait, mon gouvernement et moi-même nous efforçons d'élargir ce rôle.

Je suis toujours ouvert à de nouvelles idées, de nouvelles occasions et de nouvelles recommandations. J'étudierai tout ce qui me sera proposé ici, pourvu que ce soit à l'avantage du sport. Étant donné que le sport fait partie de notre culture nationale, il est bon pour la culture et la culture est bonne pour le Canada. Tout cela est donc excellent pour nous tous.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** *Thank you, Mr. Minister.* Madame Copps, voulez-vous commencer?

**Mme Copps:** Où en est la situation en ce qui concerne les billets pour les Jeux olympiques?

**M. Jelinek:** On a amélioré la situation.

**Mme Copps:** Est-ce que cela veut dire que les billets vont encore tous aux politiciens, ou est-ce qu'ils vont à la population?

**M. Jelinek:** Madame Copps, si vous voulez une série de billets pour vous-même, je serai heureux de faire des démarches auprès du Comité organisateur. Sérieusement, je comprends ce dont vous parlez. Cette question a été fort contestée et elle a causé des problèmes au Comité organisateur. J'aimerais dire dès le début que la distribution des billets relève du Comité organisateur que l'on appelle OCO '88. Je ne veux pas dire que je me lave les mains de toute responsabilité. À titre de ministre responsable des Jeux olympiques, je crois devoir partager la responsabilité en ce qui concerne tous les aspects des Jeux olympiques de Calgary.

Je dirai cependant que si le Comité organisateur a commis une erreur, c'est celle de ne pas expliquer à la population avant le début de la vente des billets la nécessité de mettre de côté un certain nombre de billets pour ce que l'on appelle la famille olympique et les médias. S'il n'avait pas mis de côté ces billets, il n'aurait jamais pu avoir les Jeux. L'erreur a été de présumer que tout le monde le savait. On n'a pas expliqué à la population qu'il fallait mettre de côté un certain nombre de billets pour les médias.

Je participe aux Jeux olympiques depuis la fin des années 50, et je sais qu'il y aura davantage de billets offerts à la population pour les Jeux olympiques de Calgary que pour tous autres Jeux olympiques d'hiver dans l'histoire.

Prenez par exemple, l'anneau de patinage de vitesse olympique, qui compte environ 4,000 places. Automatiquement, environ 1,000 places seront réservées aux médias internationaux. Il y aura de 5,000 à 6,000 représentants des médias internationaux qui assisteront aux Jeux olympiques de Calgary. Environ 1,000 billets seront mis de côté en ce qui concerne le patinage de vitesse olympique. Cela représente 25 p. 100 des places.



[Texte]

[Traduction]

C'est l'exemple du pire scénario qui peut se produire, car ce sont ces installations qui peuvent accueillir le moins de spectateurs.

• 1925

Then you have the international speed skating or International Skating Union, which is the official name, officials from all the countries that are participating, who must have tickets given to them prior to the International Olympic Committee even granting the rights to Calgary and Canada. That must be part and parcel of the agreement. And then there is a small reserve, small in one sense—I have taken some action on it—for government-relation tickets. These are tickets that are going to be made available hopefully—and that has not been resolved yet, and I will explain why—hopefully to Members of Parliament at cost, to Senators at cost, and to officials the federal government is responsible for, both from a departmental standpoint as well as visiting dignitaries. So that will leave approximately 50% for the public. That is a worst-case scenario in the case of the speed skating oval.

Without the organizing committee setting those tickets aside, Calgary would never have gotten the games in the first place. The mistake, which I admit, is that it was not explained prior to beginning the disbursement of those tickets.

**Ms Copps:** Okay, just on the OCO '88 agenda, while we are on it, do you think it is necessary for OCO '88 to provide chauffeur-driven limousines for all 89 members of the IOC?

**Mr. Jelinek:** I believe, but I will ask Mr. Berger to confirm that for me, that once again that is a prerequisite of the International Olympic Committee to a city hosting the Olympic Games. I am going to ask Mr. Berger whether that in fact is the case or not.

**Mr. Gerald A. Berger (Federal Co-ordinator, Office for the 1988 Olympic Winter Games):** It is in effect the case, Mr. Chairman. The organizing committee has tried on a number of occasions to convince the International Olympic Committee to permit them to use a pool system so that there would always be cars available at the Olympic hotel and at various venues to be able to take the members of the IOC where they want to go. They have consistently refused and they have demanded their cars, their drivers, their individual seats. We continue to request that they permit us to do something that would be a little more efficient, a little more Canadian, but so far without success. That is the way it has been done at every winter Olympics and every summer Olympics.

**Mr. Jelinek:** Ms Copps, if I may add, and I mean this very sincerely, I think the International Olympic Committee... those guys and ladies are looked at as gods around the country. I think it is totally overrated, but it is a fact.

Il y a ensuite l'Organisation internationale de patinage de vitesse, l'Union internationale de patinage, de son nom officiel, les fonctionnaires de tous les pays participants à qui il faut garantir des billets avant même que le Comité olympique international n'ait accordé les Jeux à Calgary et au Canada. Cela doit faire partie intégrante de l'accord. Ensuite, il y a une petite réserve, petite en quelque sorte—je suis intervenu—de billets pour le gouvernement. Il s'agit de billets qui, avec un peu de chance—la question n'a pas encore été réglée et je vais vous expliquer pourquoi—seront mis à la disposition des députés, des sénateurs et des fonctionnaires relevant du gouvernement fédéral, qu'il s'agisse de fonctionnaires ministériels ou de dignitaires, et ce au prix coûtant. Ce qui laisse environ 50 p. 100 des billets pour le grand public. Je vous présente là le pire scénario dans le cas de l'anneau de patinage de vitesse.

Si le comité organisateur n'avait pas réservé ces billets, Calgary ne se serait jamais vu confier les jeux. L'erreur, et je le reconnais, est que cela n'a pas été expliqué avant que les intéressés ne commencent à déboursier des fonds pour obtenir les billets.

**Mme Copps:** Très bien. Au sujet du programme du COJO 1988, croyez-vous qu'il soit nécessaire que le comité organisateur mette des limousines avec chauffeur à la disposition des 89 membres du Comité olympique international?

**M. Jelinek:** Je veux demander à M. Berger de le confirmer, mais je crois encore une fois qu'il s'agit d'un prérequis imposé par le Comité olympique international à toutes les villes qui tiennent des Jeux olympiques. Je veux demander à M. Berger de nous dire si c'est bien le cas ou non.

**M. Gerald A. Berger (coordonnateur fédéral, Bureau des Jeux olympiques d'hiver de 1988):** C'est effectivement le cas monsieur le président. Le comité organisateur a essayé à plusieurs reprises de convaincre le Comité olympique international de l'autoriser à utiliser un parc de voitures afin qu'il y en ait toujours à la porte de l'hôtel olympique et à divers endroits afin de pouvoir conduire les membres du COI partout où ils veulent se rendre. Mais ces derniers ont systématiquement refusé et ont exigé d'avoir leurs autos, leur chauffeur et leur place individuelle. Nous ne cessons de leur demander de nous permettre de faire quelque chose d'un peu plus efficace, d'un peu plus canadien, mais en vain. C'est ainsi que les choses se sont passées pour tous les Jeux olympiques d'hiver et d'été.

**M. Jelinek:** Madame Copps, je dois vous dire une chose, et je le dis en toute sincérité: à mon avis, le Comité olympique international... ces messieurs dames sont perçus comme des dieux à travers le pays. À mon avis, c'est parfaitement exagéré, mais c'est un fait.



[Text]

**Ms Copps:** Who looks at them like gods?

**Mr. Jelinek:** They themselves. If it gets back to Mr. Camaranch, that is fine; he knows how I feel about the IOC. They demand when they travel and when they... That is why it is gone away out of hand, the bidding for Olympic games, for example. In the last session, cities that were bidding with the backing of their countries, the federal governments, were spending hundreds of millions of dollars on the bids alone to wine and dine IOC members.

I do not know how we are going to deal with the IOC for the future, those of us who are interested in bringing a semblance of order and reality to the world of sport internationally. I believe the IOC has gone away overboard—not with Calgary; it has just evolved that way over the many years that they have been running sports internationally around the world. Those countries, through the various cities that make the bids, really have to bow down in order to be able to get the Olympics. Whether it is right or wrong is for other people to determine. I think it is wrong, and I think we should try to find some ways to reduce the necessity of spending so much money and scraping and bowing in order to be able to provide a tremendous platform such as the Calgary Olympics are going to provide for Canada.

• 1930

**Ms Copps:** Well, perhaps we could begin to stop the scraping and bowing by eliminating all of the chauffeur-driven limousines. You have the Olympics now, and they are not going to leave Calgary.

**Mr. G. Berger:** The cars are donated by the Olympic sponsor, General Motors, so they are not a cost to the organizing committee.

**Ms Copps:** It just looks like a luxury beyond the availability of any ordinary taxpayer.

With regard to amateur sport, do you believe that an MLA can properly be a paid employee of OCO '88 and do his or her job as a member of the legislature?

**Mr. Jelinek:** I was shocked at the appointment of Mr. Payne to this position, and I asked my official to bring my concerns to the attention of OCO on this matter, which I believe he did.

**Mr. G. Berger:** Yes, I did.

**Ms Copps:** Perhaps you can just update us on whether they listened to the Minister.

**Mr. G. Berger:** Mr. Chairman, the matter was dealt with at both the executive committee and at the board, so it was fully discussed. I do not think anyone was questioning the professional competence of the individual. He has a public relations background and was an assistant deputy minister

[Translation]

**Mme Copps:** Qui les perçoit comme des dieux?

**M. Jelinek:** Eux-mêmes. Tant pis si M. Camaranch apprend mes propos; il connaît déjà mon opinion du COI. Ils exigent pour leurs déplacements et pour leurs... C'est pour cela que les choses sont hors contrôle, notamment les soumissions pour les Jeux olympiques. La dernière fois, les villes qui présentaient des soumissions avec l'appui de leur pays, de leur gouvernement fédéral, ont dépensé des centaines de millions de dollars pour présenter les soumissions et pour offrir des festins aux membres du COI.

Je ne sais pas comment ceux d'entre nous qui cherchent à rétablir un semblant d'ordre et de réalisme au monde international du sport vont faire face au Comité olympique international à l'avenir. Je trouve que ce comité a beaucoup exagéré—non pas avec Calgary, mais dans toute son évolution au cours des nombreuses années depuis qu'il a commencé à organiser les événements sportifs à l'échelle internationale. Les nations dont les villes présentent des soumissions sont obligées de courber l'échine pour obtenir les Jeux olympiques. Mais ce n'est pas à nous de décider si cette pratique est bonne ou pas. À mon avis, c'est mal, et j'estime que nous devons trouver des façons de réduire la nécessité de dépenser autant d'argent et de faire tant de courbettes pour pouvoir faire connaître nos nations respectives, comme les Jeux de Calgary vont le faire pour le Canada.

**Mme Copps:** Eh bien, nous pourrions peut-être commencer à mettre fin à nos courbettes en éliminant toutes les limousines avec chauffeur. Vous avez obtenu les olympiques, elles ne risquent plus d'être enlevées à Calgary.

**M. G. Berger:** Les voitures sont offertes par le commanditaire olympique, la General Motors, et ne coûtent rien au comité organisateur.

**Mme Copps:** Mais c'est un luxe que ne peut se payer le contribuable moyen.

Au sujet du sport amateur maintenant, croyez-vous qu'il convient à un député de l'Assemblée législative d'accepter un poste rémunéré auprès du COJO 88 tout en s'acquittant de ses responsabilités comme membre de la législature?

**M. Jelinek:** J'ai été renversé d'apprendre la nomination de M. Payne, et j'ai demandé à mes services de communiquer mon opposition au COJO, ce qu'ils ont fait, je crois.

**M. G. Berger:** Oui, cela a été fait.

**Mme Copps:** Pourriez-vous nous dire si le COJO a tenu compte des propos du ministre?

**M. G. Berger:** Monsieur le président, la question a été portée devant le comité exécutif et le conseil, et elle a été étudiée à fond. Personne ne mettait en doute les compétences de M. Payne. Il a des antécédents dans le domaine des relations publiques et était sous-ministre

[Texte]

for Public Affairs in the Province of Alberta government prior to going to public life.

I listened to the direction I got from the Minister, which certainly reflected my own views. I tried to be as vociferous as I could in both discussions, but we do not have the controlling vote there. We are only one of a number of people who sit on those bodies, and they voted to hire him on division.

**Mr. Angus:** Mr. Minister, gentlemen, I want to welcome you. It is my first opportunity as my party's spokesperson on fitness and amateur sport to sit across the table as opposed to across the aisle in the House and enter into a dialogue with the Minister.

I want to say that there are some initiatives the Minister has taken that I am quite pleased with. My own jury and that of others is out with regard to other initiatives, and there are others I do not agree with, which is probably in part due to our political philosophies and my background as a professional recreationist. Therefore, I perceive amateur sport in particular from a slightly different perspective.

Let me start with a couple of compliments. I recently became aware of the endowment fund mandated by the federal government, which I think is excellent and long overdue. However, there is some uncertainty in those communities where they are in the bid process as to what it really means. Perhaps either tonight or another time we will have a chance to go through that.

For example, the City of Thunder Bay is bidding for the Commonwealth Games, but the people have placed a figure in their budget which I do not think is realistic to deal with the purpose of the endowment fund. In discussions with them, they are not sure as to how much it should be, what it should be for or whether it is a leverage mechanism to get private sector funding. I will leave that for now, but I do compliment you on taking the initiative to make sure they have to do that kind of thing because so often we have seen our property taxpayer being blessed with magnificent new facilities they cannot afford to run.

I also commend you for the initiatives you have taken in terms of violence in hockey. We have sparred in the House over it, and perhaps I would like you to go further and faster than you have been able to or willing to, but I do want to compliment you on it. I think it is long overdue. Certainly other Ministers in the past have not been prepared to take any kind of initiative. I know there have been some meetings, and I think there is one on Friday, in terms of your advisory group. Perhaps you would like to respond to it.

[Traduction]

adjoint des Affaires publiques pour la province de l'Alberta avant de passer lui-même à la vie publique.

J'ai tenu compte des idées du ministre, qui reflétaient les miennes. J'ai tenté d'être aussi ferme que possible dans les deux discussions, mais ce n'est pas nous qui avons le vote décisif dans ces affaires. Nous ne sommes qu'un membre parmi plusieurs au sein de ces organismes, et les autres ont voté, sur répartition des voix, en faveur de son embauche.

**M. Angus:** Monsieur le ministre, messieurs, bienvenue. C'est la première occasion qui m'est donnée en tant que porte-parole pour mon parti au sujet de la condition physique et du sport amateur de prendre place de l'autre côté de la table, et non pas de l'autre côté de la Chambre pour entreprendre un dialogue avec le ministre.

Le ministre a entrepris quelques initiatives qui me plaisent énormément. Le jury n'a pas encore déterminé si certaines autres initiatives sont aussi bonnes et il y en a d'autres encore avec lesquelles je ne suis pas d'accord, ce qui est dû en partie à nos philosophies divergentes et à mes antécédents de récréologue, qui me donnent une perspective quelque peu différente du sport amateur.

J'aimerais commencer par vous lancer quelques fleurs. J'ai récemment appris l'existence du fonds de dotation créé par le gouvernement général, qui est une excellente initiative, depuis longtemps attendue. Toutefois, les localités qui veulent présenter des soumissions ne savent pas trop quoi en faire. J'aimerais bien que nous ayons l'occasion d'en discuter, peut-être ce soir ou à un autre moment.

Par exemple, la ville de Thunder Bay veut présenter une soumission pour obtenir les Jeux du Commonwealth. Cependant, les organisateurs ont inclus dans leur budget un chiffre qui n'est pas réaliste compte tenu de l'objectif du fonds de dotation. Les discussions avec ces personnes ont révélé qu'elles ne savent pas trop comment procéder, combien demander, et si le fonds doit servir pour encourager le secteur privé à contribuer. Je veux m'en tenir là pour l'instant, mais je tiens à vous féliciter pour avoir fait le nécessaire pour mettre ce genre de choses en branle, car il arrive trop souvent que les contribuables voient doter leurs villes d'installations magnifiques qu'ils n'ont pas les moyens d'administrer.

Je tiens également à vous féliciter pour les mesures que vous avez adoptées afin de freiner la violence dans le hockey. Nous avons eu des échanges animés à ce sujet à la Chambre, et je trouve peut-être que vous auriez pu aller un peu plus loin et un peu plus vite que vous n'avez pu ou voulu le faire, mais je tiens néanmoins à vous en féliciter. Il y a longtemps que ces mesures étaient nécessaires. Il est évident que les ministres qui vous ont précédé n'étaient pas disposés à prendre la moindre initiative en ce sens. Je sais qu'il y a eu quelques rencontres de votre groupe consultatif, et qu'une autre est prévue pour vendredi. Vous aurez peut-être quelque chose à nous dire à ce sujet.



[Text]

[Translation]

• 1935

There is one initial question, and it follows on Ms Copps's line of questioning. I think we are all learning because of OCO. We are learning that the reality is when we have a volunteer organization mistakes will be made, because these are untried people in terms of this kind of event. We are going to have Commonwealth Games. We always have the Canada Games. We are going to have the Pan-American Games at some point. We are going to have the Olympics again, whether it is summer or winter.

As a result of this painful learning process that is happening out there, what parallel steps is your department taking to learn from that experience to develop policies that will be in some ways handed down where you have the jurisdiction and in other ways informally suggested to the bidders of things that they have to do or should not do in order to preserve the credibility of both the event and the organization behind it? I think you were right when you said that they made some mistakes and it would appear that they are continuing to make some mistakes. We have seen it in many ways in all sorts of different multi-sport provincial, national and international events and we are learning in terms of the endowment fund, but are we learning the other things?

**Mr. Jelinek:** Thank you, Mr. Angus, for those words and questions. Let me correct one thing. I did not say OCO '88 was making mistakes and continuing to make mistakes.

**Mr. Angus:** No, no. I said the latter part of that.

**Mr. Jelinek:** I said that they did make a mistake in not explaining the ticket issue. I think they have corrected it the best they could. In fact, to Ms Copps I forgot to mention the fact that as a result of the unprecedented amount of tickets sold on the first day, OCO went out and was able to establish or create more seats at the venues, which will relate to some—

**Mr. G. Berger:** There will be another 200,000 tickets.

**Mr. Jelinek:** —200,000 new tickets available to the public. This makes the relationship of tickets available to the public vis-à-vis the so-called Olympic family and media even greater than in the past.

I think OCO and the partnership under OCO—and this is in relationship to your question directly—the partnership has learned from past mistakes and past experiences. The reason Calgary Olympics are going to be a success and are such a dramatic success in the preparation of the facilities—which as I say have been built on time, on or under budget, with the greatest and best state-of-the-art technology in all of the facilities—is due to the fantastic partnership that exists between the three levels of government and the private sector, under the umbrella organization of OCO '88, the organizing committee. That has not been the case in the past.

Ma première question reprend celles de M<sup>me</sup> Copps. Je crois que nous sommes tous en période d'apprentissage grâce au COJO. Nous sommes en train de comprendre qu'avec toute organisation bénévole, il y a inévitablement des erreurs, car ce sont des gens sans expérience de ce genre d'événements. Nous allons obtenir les Jeux du Commonwealth. Nous avons toujours les Jeux du Canada. À un moment donné, nous allons obtenir les Jeux panaméricains. Et nous allons obtenir les Jeux olympiques à nouveau, que ce soit d'été ou d'hiver.

C'est un processus d'apprentissage plutôt douloureux que nous traversons. Est-ce que votre ministère a entrepris des mesures quelconques visant à profiter de cette expérience pour élaborer des politiques qui seront transmises là où vous avez compétence et autrement communiquées aux soumissionnaires? Je parle de politiques expliquant ce qu'il faut ou ne faut pas faire pour protéger la crédibilité de l'événement en question et de son organisation. Vous aviez raison de dire qu'il y a eu des erreurs et que d'autres encore se produiront. Nous en avons été témoins de bien des façons dans toutes sortes d'événements sportifs multidisciplinaires à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Le fonds de dotation est signe que nous sommes en train d'apprendre, mais que retirons-nous des autres erreurs?

**M. Jelinek:** Merci, monsieur Angus pour vos bons mots et vos questions. Permettez-moi de corriger une chose cependant. Je n'ai pas dit que le COJO 88 avait commis des erreurs et qu'il continuait d'en commettre.

**M. Angus:** Non, non. C'est moi qui l'ai dit.

**M. Jelinek:** J'ai dit que le COJO a commis une erreur en n'expliquant pas la question des billets. Mais je crois que la situation a été corrigée du mieux possible. En fait, j'ai oublié de dire à M<sup>me</sup> Copps qu'étant donné le nombre inattendu de billets vendus la première journée, le COJO a fait le nécessaire pour créer plus de sièges dans les divers sites, de sorte qu'il y aura quelque...

**M. G. Berger:** Il y aura 200,000 billets de plus.

**M. Jelinek:** ... 200,000 nouveaux billets offerts au public. Ainsi, il y aura plus de billets que jamais auparavant offerts au public par opposition à ceux qui sont offerts à la dite famille olympique et aux médias.

À mon avis, le COJO et ses membres—c'est en réponse à votre question—les membres du COJO donc, ont appris par leurs erreurs et leurs expériences. Si les Olympiques de Calgary vont être couronnées de succès, et si la construction des installations a été une réussite aussi marquée—car je le répète, les installations ont été construites à temps et dans les limites du budget, sinon en dessous, en utilisant les techniques les plus perfectionnées pour toutes les installations—c'est grâce à l'incroyable collaboration qui existe entre les trois paliers de gouvernement et le secteur privé, sous l'égide du COJO 88, le comité organisateur. Et ça n'a pas été le cas par le passé.



## [Texte]

We used to have in some instances the mayor of a city run the games unilaterally and categorically. We used to have closed-door committees running various other sporting events. This is not the case in Calgary. I think—and I will be proven correct at the end of February, I believe—that Calgary Olympics are going to set a standard, a very high standard for other multi-sports events that will follow in Canada. It is as a result of what we have been able to put together for Calgary that I hope we will be able to carry on into other events.

You talk about the endowment fund policy we have established for the Commonwealth Games. Yes, it is the principle of the endowment fund that we are establishing for the competing cities within the Commonwealth Games bid to utilize. . . The Commonwealth Games Association, when they make their decision on which city will receive the games, will keep in mind as to how the endowment fund is going to be administered by the specific city.

• 1940

We are not dictating to the cities what to do; we are setting guidelines. I think the endowment fund is one major guideline. The sharing of the costs and the bringing in of the private sector is another very important guideline that has to be looked at, and the establishment of national training centres is yet another one.

In a nutshell, Mr. Angus, this is where we are heading as far as multi-sports events are concerned. We have come out with a detailed printed hosting policy that is public. I would hope we have sent a copy to your office.

**Mr. Angus:** I do not think so.

**Mr. Jelinek:** If we have not, I will be sending it to you.

**Mr. Angus:** Following on from here, you have said you have learned some things and that you have applied them to the Calgary Olympics. You did tend to emphasize on the hard side, the building of facilities. Yes, you are right; there has not been any kind of complaint whatsoever. Where the public pressure is. . . and I think you yourself either said it or inferred it in terms of the questionable decision by OCO to hire somebody who was a member of the Alberta Legislature. A lot of what has happened is perception.

I have been involved directly in a multi-sport activity where we have laid on cars. It is a normal thing in terms of those kinds of events, because you have people from out of town. It is a hell of a lot safer to have somebody else driving them around than to have them get lost, even in a city like Thunder Bay. It is more efficient.

Are you learning from the human side? There have been some process errors. There is constant debate about the relationship between some of the sports governing bodies or the sports chairpeople and OCO. Is your detailed hosting policy going to be updated as a result of

## [Traduction]

Dans certains cas, c'était le maire de la ville qui dirigeait les jeux de façon unilatérale et catégorique. Des comités fermés dirigeaient divers autres événements sportifs. Mais ce n'est pas le cas pour Calgary. Je crois—et l'on me donnera raison à la fin de février—que les Olympiques de Calgary vont servir d'exemple et établir une norme très élevée pour tous les autres événements sportifs multidisciplinaires qui seront dorénavant organisés au Canada. C'est grâce à nos réalisations à Calgary que les événements sportifs futurs seront couronnés de succès.

Vous avez mentionné la politique du fonds de dotation établi pour les Jeux du Commonwealth. Ce fonds a effectivement pour objectif d'aider les différentes villes qui veulent présenter des soumissions pour obtenir les Jeux du Commonwealth. . . Lorsqu'elle aura décidé à quelle ville accorder les jeux, l'Association des jeux du *Commonwealth* devra tenir compte de la façon dont le fonds de dotation sera administré par la ville en question.

Nous ne sommes pas en train de dire aux villes quoi faire; nous ne faisons qu'établir des critères. Le fonds de dotation en est tout un. Le partage des coûts et la participation du secteur privé en est un autre très important, de même que l'établissement de centres nationaux de formation.

Bref, c'est vers cela que nous nous dirigeons en ce qui concerne les événements sportifs multidisciplinaires. Nous avons d'ailleurs émis une politique pour les villes hôtes que nous avons rendu publique. J'espère que votre bureau en a reçu copie.

**M. Angus:** Je ne crois pas.

**M. Jelinek:** Sinon, nous vous la ferons parvenir.

**M. Angus:** Reprenons. Vous avez dit avoir appris certaines choses que vous avez appliqué aux Olympiques de Calgary. Vous avez cependant insisté sur l'aspect concret, sur la construction des installations. Vous avez raison, il n'y a pas eu la moindre plainte de ce côté-là. Là où les pressions se sont fait sentir. . . et je crois que vous avez vous-même dit, ou sous-entendu que la décision du COJO d'engager un député de l'Assemblée législative de l'Alberta était douteuse. Une bonne partie des événements sont sujets à interprétation.

J'ai déjà participé directement à l'organisation d'un événement sportif multidisciplinaire où il a fallu mettre des voitures à la disposition des gens. C'est une pratique courante dans ce genre d'activités étant donné que l'on accueille des gens de l'extérieur. C'est beaucoup moins compliqué de faire conduire ces gens que de les laisser se débrouiller tout seuls et risquer de se perdre, même dans une ville comme Thunder Bay. C'est un système bien plus efficace.

Qu'avez-vous appris du côté humain? Il y a eu des erreurs au niveau de la procédure. Le lien entre certaines des fédérations sportives, ou de leur président, et le COJO est le sujet d'un débat constant. À partir de l'expérience du COJO allez-vous faire la mise à jour de votre politique

[Text]

the OCO experience so that we can once again improve, whether it is a provincial game—which I realize is not your jurisdiction—or a federal or an international one?

**Mr. Jelinek:** The answer is yes. It will be updated and we will be able to learn a lot from the Calgary games. OCO in fact will be establishing and is in the process of establishing an archives, if you will, on procedures and methods, which will be made available, not only to the federal government, but also to provincial and municipal governments and to the public at large. As a result of it, we will all be able to learn from some of the difficulties that OCO would have had in the steps leading up to the games themselves.

I think all of the partners in this, including OCO and the other partners related to the games, have learned from the mistakes and the positive things in relation to the staging of multi-sports events in the past. This is why these games are going to be better organized and better prepared than ever before.

This is not to say there have not been and will not be other mistakes made. As a result, we and OCO have established an archives on procedures and methods so we can learn from the problems OCO themselves and its partners have had in moving towards the realization of these games. Then we can all make certain that future games in Canada are going to take advantage of this and to be able to have less problems.

In my international initiatives, we hope to share these problems with our international sporting friends from around the world. When I say friends, I mean all countries, because sport, more than anything else, overrides political and ideological differences around the world.

**Mr. Angus:** Almost does, anyway.

**Mr. Jelinek:** Even with socialists it does.

**Mr. Angus:** I was thinking of South Africa.

**Mr. Jelinek:** This is true.

**Mr. Angus:** Just a final comment, Mr. Chairman.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** You are over already. We will have a second round; do not worry.

• 1945

**Mr. Angus:** I want to make it clear I am in support of the Calgary Olympics, in case there is any question that without having so-called elite sporting events, there is nothing for our little kids to shoot for. Thank you.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you. Mr. McCrossan.

**Mr. McCrossan:** I would like to ask some questions about the anti-doping activities of the department, possibly as it relates to the Olympic program. Will all our athletes

[Translation]

à l'intention des villes hôtes, afin que nous puissions améliorer notre rendement, qu'il s'agisse de jeux provinciaux—qui ne sont pas de votre ressort, je le sais—ou des jeux fédéraux ou internationaux?

**M. Jelinek:** Oui. La politique sera mise à jour et nous allons pouvoir profiter des jeux de Calgary pour en apprendre plus. En fait, le COJO est en train de réunir des archives, en quelque sorte, sur les procédures et les méthodes à suivre, archives qui seront à la disposition non seulement du gouvernement fédéral, mais aussi des gouvernements provinciaux et municipaux ainsi que du grand public. Grâce à ces archives, nous serons tous en mesure de tirer des leçons des difficultés éprouvées par le COJO dans l'organisation des jeux.

Je crois que tous les partenaires, y compris le COJO et les autres partenaires aux Jeux Olympiques, ont tiré profit des erreurs de même que des points positifs découlant de l'organisation d'événements sportifs multidisciplinaires antérieurs. C'est pour cela que les jeux de 1988 seront mieux organisés et mieux préparés que jamais auparavant.

Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'erreurs et qu'il n'y en aura pas d'autres. C'est pour cela que nous avons établi avec le COJO des archives sur les précédés et les méthodes, afin de pouvoir profiter des problèmes éprouvés par le COJO et ses partenaires dans l'organisation des jeux. De cette façon, tous jeux futurs tenus au Canada pourront être organisés avec moins de problèmes car les organisateurs pourront se baser sur notre expérience.

Quant aux initiatives internationales, nous espérons pouvoir faire profiter de notre expérience tous nos amis sportifs de partout au monde. Et lorsque je parle d'amis, j'entends tous les pays, car, plus que tout autre domaine, le sport transcende les divergences politiques et idéologiques.

**M. Angus:** Du moins, presque.

**M. Jelinek:** Même dans le cas des socialistes.

**M. Angus:** Je parlais de l'Afrique du Sud.

**M. Jelinek:** C'est vrai.

**M. Angus:** Une dernière remarque, monsieur le président.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Votre temps est déjà écoulé. Mais ne vous inquiétez pas, il y aura un deuxième tour.

**M. Angus:** Qu'il soit bien clair que je suis partisan des Jeux Olympiques de Calgary, car il ne fait aucun doute que des manifestations sportives dites d'élite, sont un bon exemple pour nos enfants. Merci.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci. Monsieur McCrossan.

**M. McCrossan:** J'ai quelques questions concernant les activités antidopage du ministère, dans le cadre du Programme olympique. Nos athlètes seront-ils testés



[Texte]

be screened in the Olympic trial process prior to the games? Will the screening mechanism be essentially the same as applied during the games, or will different tests be applied to our athletes than to the international athletes?

**Mr. Jelinek:** During the games, everyone will have the same standards applied to them. Prior to the games. . . As recently as last year, we developed the establishment of random testing of our athletes for anabolic steroids and other related substances. In Canada, athletes who prove positive for us of these substances will be banned for life from any further federal government support. You may recall the announcement was made sometime last year. Since then, we have gone international on it, as I pointed out in my initial statement.

The test must take place in an International Olympic Committee approved laboratory. We have one of the world's best in Montreal. We have now established a similar laboratory, also approved by the IOC, in Calgary. All athletes in Calgary will be tested uniformly by the International Olympic Committee at this International Olympic Committee laboratory. At the Olympic Games themselves, the medal winners are tested, plus random tests.

**Mr. McCrossan:** We are testing for the same substances in our pre-Olympic screening as will be tested during the Olympics.

**Mr. Jelinek:** Substances and tests are the same during and before the Olympics.

**Mr. McCrossan:** What about the issue of blood doping? I understand blood doping is prevalent in sports such as cross-country skiing. Is it ethical?

**Mr. Jelinek:** I do not believe it is. It has been banned by the International Olympic Committee. We are working very closely with the International Olympic Committee, which I am proud to say has moved Canada a step forward in the international area of drug testing and doping in sport. We work hand in hand with the IOC.

In one breath, I criticize the IOC with Ms Copps, but in the other breath, so far as drug testing is concerned, I am very happy to be working with them. I can assure you this sort of activity is not acceptable to us in Canada, and certainly not to the IOC.

**Mr. McCrossan:** With blood doping, you are essentially substituting your own blood, which you have extracted earlier. You say it has been banned. Is it detectable?

**Mr. Jelinek:** Mr. McCrossan, I do not think there has been a fool-proof method devised in any of the top laboratories around the world. It is one of the problems in getting a uniform international policy on doping. There are always new methods of fooling the system. Sports medicine experts in Canada and around the world are having a difficult time keeping up with them. As a former athlete, I find it very unnerving to see how much effort is being put into cheating in sports by a minority. By cheat I

[Traduction]

pendant les éliminatoires, avant les Jeux Olympiques? Les méthodes de dépistage seront-elles essentiellement les mêmes que celles qui seront utilisées pendant les jeux, ou nos athlètes seront-ils soumis à des tests différents que les athlètes internationaux?

**M. Jelinek:** Pendant les jeux, les normes seront les mêmes pour tous. Avant les jeux. . . L'année dernière encore, nous avons institué les tests faits au hasard sur les athlètes pour dépister les anabolisants et autres substances du même genre. Au Canada, les athlètes dont les tests sont positifs ne pourront plus jamais recevoir d'assistance financière du gouvernement fédéral. Cela a été annoncé l'année dernière, vous vous en souvenez peut-être. Depuis, nous avons pris des mesures sur le plan international, comme je l'ai mentionné dans ma déclaration.

Les tests doivent être faits dans un laboratoire reconnu par le Comité international olympique. Nous en avons un des meilleurs au monde à Montréal. Nous en avons maintenant mis sur pied un autre, qui est également approuvé par le CIO, à Calgary. Tous les athlètes qui viendront à Calgary seront testés au laboratoire du Comité international olympique. Pendant les Jeux Olympiques même, les médaillés sont soumis à des tests, et il y a également des tests décidés au hasard.

**M. McCrossan:** Ce sont les mêmes substances que l'on cherche à dépister dans les éliminatoires et pendant les jeux.

**M. Jelinek:** Les substances et les tests sont les mêmes avant et pendant les jeux.

**M. McCrossan:** Qu'en est-il du dopage sanguin? Je crois savoir que la pratique est très courante parmi les skieurs de fond, par exemple. Est-elle moralement acceptable?

**M. Jelinek:** Je ne le pense pas. Le Comité international olympique l'a interdite. Nous collaborons très étroitement avec le CIO, et je suis fier de dire que cela a permis au Canada de faire des progrès dans le domaine du dépistage des drogues et du dopage dans les sports internationaux. Nous travaillons en étroite collaboration avec le CIO.

D'un côté je critique le CIO en répondant à M<sup>me</sup> Copps, mais de l'autre, en ce qui concerne le dépistage des drogues, je dois dire que je suis très heureux de notre collaboration avec le Comité. Je peux vous assurer que le Canada ne tolère pas ce genre d'activité, pas plus que le CIO.

**M. McCrossan:** Le dopage sanguin, c'est essentiellement une autotransfusion. Vous dites que c'est interdit. Est-ce détestable?

**M. Jelinek:** Monsieur McCrossan, je crois qu'aucun laboratoire au monde n'a pu mettre au point une méthode de dépistage absolument certaine. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est difficile d'uniformiser la politique internationale en matière de dopage. On trouve toujours un nouveau moyen de contourner le système. Les experts en médecine sportive au Canada et à travers le monde ont de la peine à suivre. En tant qu'ancien athlète, je suis extrêmement troublé de voir ce qu'une minorité est prête



[Text]

mean the unethical use of drugs or the procedures to which you have referred.

[Translation]

à faire pour tricher. Par tricher, j'entends l'utilisation de drogues ou de procédés non autorisés, que vous avez mentionnés.

• 1950

**Mr. McCrossan:** I gathered that blood doping is prevalent—am I wrong?—particularly in cross-country events. I have certainly seen a number of accusations that in these long-distance events it is very common that athletes take blood out some period before the game and inject it into themselves shortly before the event. Am I wrong?

**Mr. Jelinek:** I am giving my own personal view of this, and I think I am as close to it as anybody. I do not believe it is prevalent. I do not think it is widely used. I think it is more isolated incidents than common use. I think anabolic steroids were used to a greater extent than blood doping. I wish we had some sports medical experts here to be able to answer your questions on a more technical basis. We do not have them here, but perhaps we can save that for another day.

I am not trying to shy away from your line of questioning, because I am concerned about it. I have already pointed out very clearly that it is one of the major initiatives we have taken in the last couple of years, nationally and internationally. But world-wide, there has not been a fool-proof system found to catch, if you will, athletes who are using blood doping as a means of enhancing their performances.

**Mr. McCrossan:** Is it ethical to use pure oxygen in these endurance events to boost your blood efficiency and stamina?

**Mr. Jelinek:** Now you have me, because I should not be sitting here trying to dictate what is ethical and what is not ethical. I think blood doping and using illegal drugs is unfair. I even use the word "cheating", and therefore I would term that as unethical.

To use pure oxygen... I can tell you that when I was competing and ended a very strenuous five-minute performance, particularly in a high altitude like Denver, for example, I would immediately run to a pure oxygen tank and fill my lungs with pure oxygen after the fact. I would not call what I did unethical; I would call it life-saving, maybe. So I cannot answer you whether using pure oxygen would be unethical. I would doubt it, but I should not be the judge on that.

**Mr. McCrossan:** Okay. Finally, in this area of drugs, and in addition to these steroids and so on, are there tests for the standard illicit drugs among the athletes as well—cocaine and marijuana and so on?

**Mr. Jelinek:** Yes, those are areas that not only our sports medicine people are looking at very strenuously but that fall more within our educational system through our

**M. McCrossan:** Je crois que les autotransfusions sont courantes surtout—ai-je tort?—dans les courses de ski de fond. J'ai certainement entendu de nombreuses accusations selon lesquelles dans les courses sur de longs parcours il arrive très souvent que les athlètes s'injectent juste avant la course leur propre sang qu'ils ont prélevé quelque temps auparavant. Ai-je tort?

**M. Jelinek:** Je ne peux que vous donner mon avis personnel, qui vaut bien celui d'un autre. Je ne pense pas que ce soit très fréquent. Je ne crois pas que ça se fasse très couramment. Je crois qu'il s'agit plutôt d'incidents isolés. J'ai l'impression qu'on utilise beaucoup plus les substances anabolisantes que les autotransfusions. C'est dommage que nous n'ayons pas ici des médecins sportifs qui pourraient vous répondre de façon plus précise. Mais nous pourrions peut-être revenir sur cette question une autre fois.

Ce n'est pas que je ne veuille pas vous répondre, car je partage votre préoccupation. J'ai déjà dit très clairement que c'est une des grandes des initiatives que nous avons prises au cours des deux dernières années sur le plan national, et international. Mais à l'échelle internationale, on n'a pas encore mis au point de méthode absolument sûre pour dépister les athlètes qui se font des autotransfusions.

**M. McCrossan:** L'utilisation d'oxygène pur pendant les épreuves d'endurance pour augmenter le pouvoir oxygénant du sang et par conséquent l'endurance est-elle acceptable?

**M. Jelinek:** Vous me mettez dans une situation difficile, car il ne m'appartient pas de juger de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas. Je considère que les autotransfusions et l'utilisation de substances illégales sont injustes. J'ai même parlé de «tricherie», et je dirais donc que ce n'est pas moralement acceptable.

L'utilisation d'oxygène pur... Je peux vous dire que personnellement, après une performance difficile de cinq minutes, pendant une compétition, surtout à haute altitude, comme à Denver, par exemple, je me précipitais sur une bouteille d'oxygène pur pour m'en remplir les poumons. Je ne dirais pas que c'était immoral; c'était plutôt une question de vie ou de mort. Je ne peux donc pas vous dire si l'utilisation d'oxygène pur est immorale. Je ne le pense pas, mais il ne m'appartient pas d'en juger.

**M. McCrossan:** Bon. Enfin, sur cette question de drogues, fait-on des tests pour dépister des drogues autres que les stéroïdes, chez les athlètes, comme par exemple la cocaïne et le cannabis?

**M. Jelinek:** Oui, les experts en médecine sportive s'intéressent beaucoup à cet aspect également, mais cela relève surtout de l'éducation, des entraîneurs, et de

[Texte]

coaching, in administration efforts to make certain that our athletes do not use what is termed, I believe, recreational drugs.

I can tell you that in the field of amateur athletics, those young people who give up so much of their time to achieve certain levels of competitive sport could not possibly achieve those levels of competitive sport if they were using these types of drugs and in fact alcohol. It is just virtually non-existent in the Canadian amateur sports field.

**Mr. McCrossan:** If these substances are detected, are there any sanctions? You said steroids lead to life-time suspensions.

**Mr. Jelinek:** It is more a hypothetical question, Mr. McCrossan, but I would suspect that the sports governing bodies of each of the individual organizations and associations would take very strong action to suspend their athletes should they be caught using drugs of this nature.

**Mr. McCrossan:** Could I move to the area of Participation? At one stage, the federal government was fairly active in encouraging companies to develop fitness facilities for their employees on site. You and I have had some conversation about the fact that the federal government itself does not seem to be promoting these types of programs for its own employees. I wonder how you can take the position that it is good for Canadians when we are not prepared to provide the facilities for our own government employees.

• 1955

**Mr. Jelinek:** That is a very good question. We have been urging Treasury Board and all government departments to promote fitness in the workplace. There has been some movement in the right direction, but certainly not enough. I repeat that every survey in the world proves without a doubt that employees in good shape feel better about themselves, produce more, have less sickness, and therefore less absenteeism. Our health-care costs in this country have accelerated to some \$40 billion a year. I look at fitness as a form of preventive medicine. It is very often ignored by politicians. Fitness can and should play a far greater role in the area of reducing health care costs in this country.

Fitness in the workplace is a major point of contention for me and for Fitness Canada. We are doing all we can to encourage it. But frankly, in our own government offices we have been having some problems. There has, though, been movement in the right direction, and we hope there will be greater movement in the months ahead.

[Traduction]

l'administration, qui doivent s'assurer que nos athlètes ne prennent pas ces drogues dites, je crois, de loisir.

Je peux vous dire que dans le monde du sport amateur, ces jeunes gens qui sacrifient tant à leur sport ne pourraient pas espérer atteindre ces hauts niveaux de compétition s'ils consommaient ce genre de drogues et même de l'alcool. Le problème ne se présente pratiquement pas au Canada, chez les amateurs.

**M. McCrossan:** Prévoit-on des sanctions pour les cas où l'on dépisterait ce genre de substance? Dans le cas des stéroïdes, vous avez dit que cela entraîne une suspension permanente.

**M. Jelinek:** C'est une question hypothétique, monsieur McCrossan, mais je présume que les organismes de réglementation de chaque discipline sportive prendraient des mesures pour interdire les athlètes qui auraient consommé des drogues de ce genre.

**M. McCrossan:** Pourrions-nous maintenant parler de Participation? Le gouvernement fédéral avait à une époque activement encouragé les sociétés privées à mettre des installations de conditionnement physique à la disposition de leurs employés sur les lieux de travail. Vous et moi avons déjà parlé du fait que l'administration fédérale ne semble pas offrir ce même genre de programmes à ses propres employés. Je voudrais savoir comment vous pouvez faire ce genre de recommandations aux Canadiens alors que nous ne sommes pas disposés à mettre ces installations à la disposition de nos propres employés.

**M. Jelinek:** C'est une très bonne question. Nous exhortons le Conseil du Trésor et tous les ministères fédéraux à encourager le conditionnement physique au travail. On a fait quelques pas dans la bonne direction, mais on n'est certainement pas encore allé assez loin. Je répète que toutes les enquêtes au monde ont prouvé irréfutablement que lorsque les employés sont en bonne condition physique, ils ont une meilleure opinion d'eux-mêmes, sont plus productifs, moins malades, et que par conséquent l'absentéisme baisse. Les frais médicaux atteignent maintenant au Canada quelque 40 milliards de dollars par an. Je considère que le conditionnement physique est une forme de médecine préventive, ce que reconnaissent trop rarement les politiciens. Le conditionnement physique doit entrer pour une beaucoup plus grande part dans nos efforts pour réduire les frais médicaux.

Le conditionnement physique au travail est l'un de mes grands soucis, et c'est le cas aussi pour Condition physique Canada. Nous faisons tout ce que nous pouvons pour l'encourager. Mais honnêtement, nous rencontrons quelques difficultés dans notre propre administration. On a cependant fait quelques pas dans la bonne direction, et j'espère que l'on ira beaucoup plus loin dans les prochains mois.



[Text]

**Mr. Lesick:** Mr. Minister, you mentioned you used oxygen in the days that you were active. Now this was a long time ago. But 30 years ago the first astronaut, Yuri Gagarin, went around the world, and that was the greatest thing that ever happened. Not far from that time, you were a great skater. Yet surely there are much more sophisticated drugs than oxygen that athletes can be taking today to enhance their abilities. We have East Germany, a country of approximately 17 million people, outperforming almost all others in the Olympics. What are they doing that you feel we might do to be more effective? They are world-class athletes. What can we do, in your opinion, to make us world-class athletes effectively using the medicines that are normal and that help to improve our health and yet make us the athletes of that calibre?

• 2000

**Mr. Jelinek:** First of all, let me point out that we should not always look at ourselves as if we are some third-rate country in this international sports world. We have people like Ben Johnson, the world's fastest athlete. We have people like Brian Orser, who just won the world figure skating championship. We have people like Lori Fung, who won gold medals. The list goes on: Laurie Graham in skiing, and I could spend an hour naming tremendous athletes of whom all Canadians should be very, very proud. They have reached the top—not in Canada only, but of the world—without any illegal substances or immoral substances whatsoever. There is an opportunity to become a world champion, like my sister and I were able to become some years ago, without performance-enhancing drugs.

You mentioned East Germany. I believe East Germany was and perhaps even to this day continues to be a hot-bed of the development of illegal drugs. I say that very clearly, and I have had the opportunity—

**Mr. Lesick:** Did you say legal drugs?

**Mr. Jelinek:** Illegal.

**Mr. Lesick:** Illegal, not legal. All right.

**Mr. Jelinek:** I happened to have the opportunity to have my counterpart visit me here in Canada with a delegation on an official visit, and we had some very strong and sincere and open discussions on this issue and other issues. In fact I had the opportunity to visit East Germany last year and see for myself some of their drug-testing facilities and capabilities. So there is no secret that a lot of this has developed in that country, as it has in other countries.

The major reason for that country's success in the international sporting community is what I am trying to impress upon everybody associated in sport in Canada, including my own officials in Sport Canada, and that is the need to have expanded and broader participation levels in this country. Those of us who are interested in improving and enhancing sport opportunities among

[Translation]

**M. Lesick:** Monsieur le ministre, vous avez dit que l'on utilisait de l'oxygène lorsque vous étiez athlète. C'était il y a fort longtemps. Il y a 30 ans, le premier astronaute, Yuri Gagarin, a fait le tour du monde, et c'était un événement extraordinaire. A peu près vers la même époque, vous étiez un très grand patineur. Mais je suis sûr que depuis les athlètes ont trouvé des drogues beaucoup plus raffinées que l'oxygène pure pour accroître leur performance. L'Allemagne de l'Est, qui a quelque 17 millions d'habitants, surpasse toutes les autres nations aux Jeux Olympiques. En quoi pourrions-nous l'imiter, selon vous, pour accroître nos performances? Ce sont des athlètes de classe internationale. Que pouvons-nous faire, selon vous, pour produire des athlètes de classe internationale, en utilisant des médicaments acceptés, pour améliorer notre santé et faire de nous des athlètes de haut calibre?

**M. Jelinek:** Tout d'abord, permettez-moi de vous dire que nous devons cesser de voir nos athlètes comme des concurrents de troisième ordre sur la scène internationale. Nous avons des gens comme Ben Johnson, qui est l'homme le plus rapide du monde. Nous avons Brian Orser, qui vient juste d'emporter le titre de champion du monde de patinage artistique. Nous avons Lori Fung, qui a gagné des médailles d'or. Et la liste continue: Laurie Graham en ski, je pourrais vous citer pendant une heure des athlètes extraordinaires dont tous les Canadiens devraient être extrêmement fiers. Nous sommes arrivés au sommet—et pas seulement au Canada, mais sur la scène internationale aussi—sans l'aide de substances illégales ou dont l'utilisation est immorale. Il est possible de devenir champion du monde, comme ma soeur et moi l'avons fait il y a quelques années, sans faire appel à des drogues.

Vous avez mentionné l'Allemagne de l'Est. Je crois que l'Allemagne de l'Est était et est peut-être encore aujourd'hui un des principaux laboratoires où l'on met au point des drogues illicites. Je le dis très clairement et j'ai eu l'occasion. . .

**M. Lesick:** Avez-vous dit illicites?

**M. Jelinek:** Illicites.

**M. Lesick:** Illicites, bon.

**M. Jelinek:** J'ai eu l'occasion d'en parler très sincèrement et très ouvertement avec mon homologue de la République démocratique allemande lorsqu'il est venu au Canada en visite officielle avec une délégation. En fait, j'ai eu l'occasion de me rendre en Allemagne de l'est l'an dernier et j'ai pu visiter certains de leurs laboratoires où ils cachent des drogues. Ce n'est pas un secret qu'il s'en met au point beaucoup dans ces laboratoires, comme d'ailleurs dans d'autres pays.

La principale raison du succès sportif international que connaît l'Allemagne de l'Est, et que j'essaie d'expliquer à tous les intéressés au Canada, y compris aux fonctionnaires de Sports Canada, c'est une grande participation à la base; c'est ce dont nous avons besoin ici. Ceux d'entre nous qui s'efforcent d'accroître les possibilités de faire du sport au Canada ne doivent pas



[Texte]

Canadians should not concentrate solely on the so-called elite athlete. We should give those elite athletes all the support they deserve and are getting, and even more if we can get more from the private sector, but we should also try to broaden the base at the grassroots.

By broadening the base of participation at the grassroots in Canada or any other country, two things will happen. One, you will have a healthier nation, and therefore as a result of that, among other things, you will be reducing health care costs. If you have a healthier nation, there are many advantages to it. But secondly—and this is what is happening in East Germany—is if you have grassroots participation by our youth and by the nation as a whole, then the so-called elite athletes... there are apt to be more of them come out from the grassroots as opposed to just taking a few and trying to develop them to high-ranked international athletes.

I am not sure if I explained myself correctly here, but I am trying to be very sincere in putting my view across to try to broaden the participation. The main reason the East Germans are successful in international sport is because everyone participates at the grassroots, and we do not here. One of the problems—and I do not mind saying that, and I am not saying it behind their backs—is the provinces. We have no jurisdiction over them. I have said to my provincial counterparts that there has to be a greater effort put on by the provinces to get our young people participating, including in the school system.

• 2005

**Mr. Lesick:** Mr. Minister, I have just a short question. I realize yours is a long answer because it is a good philosophy. I admire your philosophy. I admire your commitment. There is a dedication... and the best possible training that some countries, including the East Germans, have followed. But you mentioned one thing, illegal drugs the East Germans may be using. I would like to have from you or your officials the names of the illegal drugs you believe should not be used in international competition.

**Mr. Jelinek:** There is a publicly published list of those illegal substances. I would be very happy to provide it to you.

**Ms Copps:** I wonder if you could advise us whether directives are given to national sports organizations to prevent the kind of ridiculous situation we saw emerge a few months ago, where the leading Canadian curler was denied a right to represent Canada until he went on a diet.

**Mr. Jelinek:** My friend Eddie.

**Ms Copps:** In that context, there is an article in I think yesterday's issue of *Le Journal de Montréal* about Sylvie Fréchette. This is for the Seoul games. She has been asked to sign a contract with the Canadian National Synchronized Swimming Association where she would be

[Traduction]

tourner leur attention seulement vers l'«élite». Il faut bien sûr donner à ces athlètes d'élites l'appui qu'ils méritent et que nous leur donnons actuellement, et même plus si nous pouvons y encourager le secteur privé, mais il faut aussi essayer d'élargir la base.

Ce faisant, on a d'une part une nation en meilleure santé, et par conséquent des coûts médicaux moins élevés. Une nation en meilleure santé, cela présente plusieurs avantages. Mais deuxièmement—et c'est le cas en Allemagne de l'Est—avec une plus grande participation à la base, parmi les jeunes, et dans la population toute entière, les athlètes d'élites, comme on dit... ils seront probablement plus nombreux s'ils viennent de la base plutôt que d'un petit groupe que l'on a choisi pour en faire des athlètes internationaux.

Je ne sais pas si je me suis bien fait comprendre, mais j'essaie de vous donner très honnêtement mon point de vue sur la nécessité d'élargir la participation sportive de la population. La principale raison pour laquelle les Allemands de l'Est connaissent un si grand succès dans les sports internationaux c'est parce que dans leur pays, tout le monde participe à la base, ce qui n'est pas le cas chez nous. Une des difficultés—et je ne crains pas de le dire ouvertement—vient des provinces. Nous n'avons pas compétence en la matière. J'ai dit à mes homologues provinciaux que les provinces doivent faire davantage d'efforts pour encourager le jeune à participer à des activités sportives, notamment à l'école.

**M. Lesick:** Monsieur le ministre, j'ai seulement une courte question. Je me rends compte que votre réponse est longue car il s'agit d'une bonne philosophie. J'admire votre philosophie et votre engagement. Il y a du dévouement... Et le meilleur entraînement possible que certains pays dont l'Allemagne de l'ouest ont suivi. Mais vous avez parlé d'une chose, des drogues proscrites que les Allemands de l'est utilisent peut-être. J'aimerais que vous ou vos fonctionnaires me donniez les noms des drogues proscrites qui, à votre avis, ne devraient pas être utilisées dans les compétitions internationales.

**M. Jelinek:** Il existe une liste de ces substances illicites qui est publiée à l'intention du public. Je serais très heureux de vous la fournir.

**Mme Copps:** Je me demande si vous pourriez nous dire si des directives sont données aux Associations sportives nationales afin de prévenir le genre de situation ridicule qui s'est produite il y a quelques mois, lorsque le principal joueur de curling canadien s'est vu refuser le droit de représenter le Canada jusqu'à ce qu'il se mette au régime.

**M. Jelinek:** Mon ami Eddie.

**Mme Copps:** Dans ce contexte, il y a un article qui a paru je crois dans *Le journal de Montréal* d'hier au sujet de Sylvie Fréchette. Il s'agit des jeux qui se dérouleront à Seoul. On lui a demandé de signer un contrat avec l'Association canadienne de nage synchronisée dans lequel

[Text]

training in Calgary, as opposed to Toronto. She feels it creates difficulties for her. As a result it has eliminated, I guess, her chance to represent Canada.

**Mr. Jelinek:** That final part of your question, Ms Copps, I am not yet aware of. I would be very happy to look into it and find out.

I can only answer in general terms. The federal government, although it subsidizes sports-governing bodies, in many cases is not the major contributor of funds, and we do not feel we should be running the day-to-day operations of the sports-governing bodies. In fact, it is my hope—and that is why I initiated the Sport Marketing Council—that the sports-governing bodies will find a way to obtain more funds, a greater percentage, a greater ratio of funds, from outside government sources, in order for them to be less dependent on government interference and involvement.

The policy of the Progressive Conservative government is that in all areas, whether sports or small business or any other area, we feel there should be less interference and involvement by governments in the running of the lives of Canadians—

**Ms Copps:** How does that apply—

**Mr. Jelinek:** —whether they are small business people, and I speak as a former small businessman, or they are sports people—and I speak as a former international athlete. So what we have to do is set some guidelines, which we do, and keep a social obligation to make certain that all Canadians have equal opportunities; and the greater the opportunities they have the better. This government is committed to providing equal opportunity to all Canadians to participate in and excel in sport, at the same time opening doors for other opportunities. But it is not up to the government to dictate each and every specific little policy of each and every sports-governing body as to what they can or cannot do within their own rules and regulations.

**Ms Copps:** Okay. You are committed to equality in sport. What is your position on the current suit, which has been going on for I think two or three years now, with a young girl who is trying to get a chance to compete in amateur hockey? If the Charter says women are equal and the Charter says there is no discrimination, why should a governing sports body be allowed to discriminate?

**Mr. Jelinek:** This matter, as you know, is before the courts. It would be inappropriate for me to comment on that matter specifically. But—

• 2010

**Ms Copps:** It is not a criminal case, so I think you can—

[Translation]

il est stipulé que son entraînement se ferait à Calgary plutôt qu'à Toronto. Elle estime que cela lui crée des problèmes. Par conséquent, cela a éliminé ses chances de représenter le Canada.

**M. Jelinek:** Quant à la dernière partie de votre question, madame Copps, je ne suis pas encore au courant. Je serai très heureux de m'en occuper.

Je ne peux vous répondre qu'en termes généraux. Bien qu'il subventionne des organismes régissant les sports, très souvent le gouvernement fédéral n'est pas le principal donateur de fonds. C'est pourquoi nous estimons que nous ne devons pas diriger le fonctionnement quotidien de ces organismes. En fait, j'ai bon espoir—et c'est pour cela que j'ai lancé l'initiative du Conseil de marketing du sport—que les associations sportives trouveront un moyen d'obtenir davantage de fonds, ou une plus grande partie de ces fonds provenant de sources autres que le gouvernement, pour faire en sorte qu'elles dépendent de moins en moins des fonds du gouvernement fédéral et qu'elles deviennent par conséquent plus autonomes.

La politique du gouvernement progressiste-conservateur est que dans tous les domaines, qu'il s'agisse des sports ou de petites entreprises, nous estimons que les gouvernements devraient moins s'ingérer dans la vie des Canadiens. . .

**Mme Copps:** De quelle façon cela s'applique-t-il. . .

**M. Jelinek:** . . . qu'il s'agisse de petites entreprises, et je parle à titre d'ancien chef de petites entreprises, ou qu'il s'agisse du monde sportif, et je parle à titre d'ancien athlète international. Nous devons donc établir certaines lignes directrices, ce que nous faisons, et veiller à ce que tous les Canadiens aient les mêmes chances; plus ils auront de chances, mieux ce sera. Notre gouvernement s'est engagé à offrir à tous les Canadiens les mêmes chances de participer et d'exceller dans les sports, tout en ouvrant les portes à d'autres possibilités. Mais il n'appartient pas au gouvernement de dicter chacune des petites politiques précises pour chaque association sportive afin de déterminer ce qu'elles peuvent ou ne peuvent pas faire.

**Mme Copps:** Très bien. Vous avez un engagement à l'égard de l'égalité dans les sports. Quelle est votre position au sujet du procès qui se poursuit depuis deux ou trois ans, je crois, concernant une jeune fille qui veut avoir la chance de compétitionner dans le domaine du hockey amateur? Si la Charte dit que les femmes sont égales et qu'il n'y a pas de discrimination, pourquoi une association sportive aurait-elle le droit de faire de la discrimination?

**M. Jelinek:** Comme vous le savez, cette question est devant les tribunaux. Il ne conviendrait pas que je fasse des commentaires à ce sujet. Mais. . .

**Mme Copps:** Il ne s'agit pas d'une affaire criminelle, donc je pense que vous pouvez. . .



[Texte]

**Mr. Jelinek:** The more questions you ask me, the more you will know that I never dodge any questions or hide behind the courts or any other area. In order to answer you on this specific matter and not in a broader and more general way, I emphasize the fact that just last year we announced the women in sport policy, which virtually opened the doors as far as the federal government is concerned for women to participate in sport. In fact, again without interfering directly in the rules and regulations of each specific organization, whether it is a sport governing body or whether it is a community or a city or indeed a province, we set a guideline. It is only a guideline. There were some jokes made about it when we came out with this thing, that we would like to see girls be able to compete with boys and urged organizations to set their rules and regulations within the guideline that we set out. So this government has opened the doors for women in sport, certainly more than any previous government in this country.

**Ms Copps:** My only comment to that is if it is a guideline and not a directive and if these organizations continue to receive money from the federal government and they operate on a discriminatory basis, there is a very simple way of getting them to come in line and that is through the pocketbook.

In that regard, Mr. Chairman, I will put in a very quick question. I have here a copy of the Minister's expense account when he was at the New York City Eighth International Sport Summit. I am a little unclear, so I will not go into it in detail, but the original telex called for a \$5,000 advance to cover room, incidental and hotel, and it was followed up a couple of days later by a \$9,000 request, or moneys that went out, which included I guess one \$1,000-plus room, plus your own room and about \$3,000 and something in room service charges. I assume you must have had a reception.

In this particular statement, you say that you met with John Ziegler to discuss his initiatives regarding violence in sports. I wonder if you had any success in convincing him that the NHL should not be serving as such a negative role model in terms of violence in sport. If so, why are we seeing as many fights as we ever saw in the current playoffs?

Secondly... I know it is a quick question, Mr. Chairman—

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** It is a long answer though.

**Ms Copps:** We have been trying to get the balance of the Minister's expense accounts for last year, and unfortunately have been unable to do so due to the charge; they want us to pay \$300 or \$400 to get the figures. I am sure the Minister would be very happy to table all of those with the committee.

[Traduction]

**M. Jelinek:** Plus vous me poserez de questions, plus vous verrez que jamais je n'esquive une question ou n'utilise l'excuse des tribunaux pour éviter d'y répondre. Pour répondre à votre question précise, et non d'une façon plus large et plus générale, je vous ferai remarquer que l'an dernier nous avons annoncé notre politique concernant les femmes et le sport, qui a pratiquement ouvert les portes, pour ce qui est du gouvernement fédéral, à la participation des femmes dans le sport. En fait, encore une fois sans intervenir directement dans les règles de chaque association, qu'il s'agisse d'une association sportive ou d'une collectivité ou d'une ville ou encore d'une province, nous établissons une ligne directrice. Mais il s'agit strictement d'une ligne directrice. On a même fait certaines blagues lorsque nous avons émis cette ligne directrice, que nous voulions que les filles puissent compétitionner avec les garçons et nous avons encouragé les associations à établir leurs règlements dans ce sens. Notre gouvernement a donc ouvert les portes aux femmes dans le domaine des sports, beaucoup plus que ne l'a fait n'importe quel autre gouvernement au Canada.

**Mme Copps:** Je dirais simplement que si une ligne directrice n'est pas une directive et que si ces associations continuent à recevoir de l'argent du gouvernement fédéral tout en faisant de la discrimination, il y a une façon très simple de les mettre au pas, et c'est de supprimer leurs subventions.

A cet égard, monsieur le président, je poserai une question très rapide. J'ai ici une copie du compte de dépenses du ministre lorsqu'il se trouvait à New York à l'occasion du huitième sommet sportif international. Je n'entrerai pas dans les détails, mais le Télex initial demandait une avance de 5,000\$ pour couvrir les frais de la chambre d'hôtel et les faux frais, et il a été suivi quelques jours plus tard d'une demande de 9,000\$, pour couvrir les frais d'une chambre de 1,000\$ et plus, plus votre propre chambre et environ 3,000\$ et plus en frais de services aux chambres. Je suppose que vous avez eu une réception.

Vous dites que vous avez rencontré John Ziegler pour discuter de ses initiatives au sujet de la violence dans les sports. Je me demande si vous avez réussi à le convaincre que la Ligne nationale de hockey ne devrait pas donner un exemple aussi négatif pour ce qui est de la violence dans les sports. Si c'est le cas, pourquoi ne voyons-nous pas moins de batailles dans les éliminatoires?

Deuxièmement, je sais que c'est une question rapide, monsieur le président,...

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** C'est une longue réponse cependant.

**Mme Copps:** J'ai essayé d'obtenir le bilan des comptes de dépenses du ministre pour l'année dernière, et je n'ai malheureusement pas pu l'obtenir en raison des frais; on me demande de payer de 300\$ à 400\$ pour obtenir cette information. Je suis certaine que le ministre sera très heureux de déposer ces documents au Comité.



[Text]

**Mr. Jelinek:** Miss Copps, you need not go on devious fishing trips by asking your—

**Ms Copps:** No, this is the Liberal Party, this is the Liberal Party.

**Mr. Jelinek:** Just a second. You need not go on devious fishing trips by asking your executive assistant to ask for access to information of my expense account from his private residence, which you did. All you have to do, all you have to do is come to me—

**Ms Copps:** It is the Liberal Party.

**Mr. Jelinek:** All you have to do is come to me at any time, day or night, and ask for any expense accounts that I have incurred as a Minister of the Crown. I will be very happy to provide them to you.

**Ms Copps:** That is what I am asking, because we could not get them.

**Mr. Jelinek:** I am not quite sure what you are getting at. I know that your executive assistant asked for some of this information quite some time ago. We have our own underground spy system and we found out very clearly that he did it from his home address, as opposed to the House of Commons or your office or the Liberal Party. You do not have to be devious about it with me.

**Ms Copps:** This is the Liberal Party bureau, Mr. Minister.

**Mr. Jelinek:** I know that is a trait of many Liberal Members of Parliament, but I think maybe you have gotten that out of your system and I would hope you would be more straightforward and honest in being able to come forward and—

**Ms Copps:** That is what I am asking for.

**Mr. Jelinek:** —ask for information in a very open way, as opposed to a devious way.

As far as your question about my meeting with John Ziegler, among many others that I had in New York, let me go back to the expense accounts. I have compared my expense account on every trip and on an every-month basis and on a yearly basis with that of my predecessors in the Liberal Party. I can tell you, and if you want me to make them public I would be very happy to do so too—

• 2015

**Ms Copps:** Sure. Go right ahead.

**Mr. Jelinek:** —that on every occasion and in every instance and in every case, we have spent—I do not have the figures in front of me now—thousands and thousands of dollars less. . . . When I travel on a business trip, a related trip to Europe, I go with one assistant. When a Liberal Cabinet predecessor, a member of your party, as a

[Translation]

**M. Jelinek:** Madame Copps, il n'est pas nécessaire de prendre un moyen détourné en demandant à votre. . .

**Mme Copps:** Non, nous sommes du Parti libéral.

**M. Jelinek:** Un instant. Il n'est pas nécessaire de prendre un moyen détourné en demandant à votre adjoint administratif d'obtenir des renseignements concernant mes demandes de remboursement de frais de déplacement à partir de sa résidence privée, par l'intermédiaire de l'accès à l'information, comme vous l'avez fait. Vous n'avez qu'à venir me voir. . .

**Mme Copps:** Il s'agit du Parti libéral.

**M. Jelinek:** Vous pouvez venir me voir n'importe quand, jour et nuit, pour me demander de vous fournir n'importe quel compte de dépenses que j'ai engagés à titre de ministre de la Couronne. Je serais très heureux de vous les fournir.

**Mme Copps:** C'est ce que je fais, car je n'ai pas pu les obtenir.

**M. Jelinek:** Je ne sais pas exactement à quoi vous voulez en venir. Je sais que votre adjoint administratif a demandé ces renseignements il y a quelque temps. Nous avons notre propre réseau d'espionnage secret qui a découvert qui en avait fait la demande à partir de sa résidence, plutôt qu'à partir de la Chambre des communes ou de votre bureau ou du Parti libéral. Il n'est pas nécessaire que vous preniez des moyens détournés avec moi.

**Mme Copps:** Il s'agit du bureau du Parti libéral, monsieur le ministre.

**M. Jelinek:** Je sais qu'il s'agit d'une caractéristique de bon nombre de députés libéraux, mais je pense que vous vous en êtes peut-être maintenant libérée et j'espère que vous serez plus honnête et directe et que vous serez en mesure de venir demander. . .

**Mme Copps:** C'est ce que je demande.

**M. Jelinek:** . . . des renseignements de façon très ouverte, plutôt que d'une façon détournée.

Pour ce qui est de votre question au sujet de ma rencontre avec John Ziegler, une des nombreuses rencontres que j'ai eues à New York, permettez-moi de revenir aux demandes de remboursement de frais de déplacement. J'ai comparé ma demande pour chaque voyage, sur une base mensuelle et sur une base annuelle, avec celles de mes prédécesseurs du Parti libéral. Je peux vous dire, et si vous voulez que je les rende publiques, je serai heureux de le faire. . .

**Mme Copps:** Bien sûr. Allez-y.

**M. Jelinek:** Je peux vous dire que chaque fois, dans chaque cas, nous avons dépensé—je n'ai pas les chiffres ici—des milliers de dollars de moins. . . . Quand je vais en Europe pour affaires, j'emmène un adjoint. Lorsqu'un ministre libéral, un membre de votre parti, se rendait en Europe en tant que ministre des sports, il emmenait aux

[Texte]

sports Minister travelled to Europe, he went on a government chit with an entourage of 13 people, and had expenses to the tune of hundreds of thousands of dollars.

I cannot understand how you dare, as a member of that party, which wasted taxpayers' money across the board for so many years and bankrupted this country to the point where we now have to deal with the situation for the first time in 20 years in a realistic and honest and reliable way, how you have the audacity to in a devious way come around the bend and try to find out how we are spending the tax dollars we are openly providing to everybody else. I thought perhaps it was only—

**Ms Copps:** Well, if you are openly providing them—

**Mr. Jelinek:** I thought perhaps it was only Mr. Cassidy making these—

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Order, please!

**Mr. Jelinek:** —unsubstantiated allegations.

**Ms Copps:** Oh, come on. He cannot make a statement like that, Mr. Chairman.

**Mr. Jelinek:** I now see that there are others as well, so I am so happy that you have asked that question—

**Ms Copps:** I have advised him—

**Mr. Jelinek:** —which has given me the opportunity—

**Ms Copps:** Table it. Table it.

**Mr. Jelinek:** —to explain to you—

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Order, please!

**Ms Copps:** He is suggesting—and I am saying that if he wants to table the expenses... We have not been able to get them—

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** I think it is getting a little bit out of hand—

**Ms Copps:** Will he please table them? That is all.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Ms Copps, please, we are well over the five minutes allowed on the second round. Mr. Minister, I appreciate your comments, but I think we will terminate before we start throwing things.

**Ms Copps:** I can therefore expect that he will table his expenses for the last year.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** I think he has expressed his openness to you at any point in time.

**Ms Copps:** Please table them. I am looking forward to them.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Mr. Angus, try to stay within five minutes. I would like to ask a question at the end.

[Traduction]

frais du gouvernement un entourage de 13 personnes, et cela coûtait des centaines de milliers de dollars.

Je ne comprends pas comment vous osez, en tant que membre de ce parti qui a gaspillé tant d'argent des contribuables pendant tant d'années qu'il a mené ce pays à la faillite, à tel point que nous devons maintenant, pour la première fois en 20 ans, nous attaquer honnêtement et de façon réaliste à la situation, comment vous avez l'audace de prendre des moyens tortueux pour essayer de savoir comment nous dépensions les revenus fiscaux, alors que nous communiquons ouvertement l'information à tout le monde. Je pensais que c'était seulement... .

**Mme Copps:** Eh bien, si vous la communiquez ouvertement... .

**M. Jelinek:** Je pensais que seul M. Cassidy faisait ce... .

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Alors, s'il vous plaît!

**M. Jelinek:** ... genre d'accusations non fondées.

**Mme Copps:** Oh, voyons. Monsieur le président, il ne peut pas dire une chose pareille.

**M. Jelinek:** Je vois maintenant qu'il n'est pas le seul, et je suis heureux que vous m'ayez posé la question... .

**Mme Copps:** Je lui ai conseillé... .

**M. Jelinek:** ... ce qui me permet... .

**Mme Copps:** Déposez-les. Déposez-les.

**M. Jelinek:** ... de vous expliquer... .

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** A l'ordre, s'il vous plaît!

**Mme Copps:** Il laisse entendre... et j'ai dit que s'il voulait déposer les états de compte... Nous n'avons pas pu les obtenir... .

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** J'ai l'impression que cela dégénère... .

**Mme Copps:** Va-t-il les déposer? C'est tout.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Madame Copps, s'il vous plaît, vous avez de loin dépassé les cinq minutes auxquelles vous avez droit au deuxième tour. Monsieur le ministre, je vous remercie de vos commentaires, mais je pense que vaut mieux en rester là avant que les objets ne commencent à voler.

**Mme Copps:** Je peux donc m'attendre à ce qu'il dépose ses relevés de frais de l'année dernière.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Je crois qu'il vous a dit qu'il était prêt à le faire à n'importe quel moment.

**Mme Copps:** Déposez-les, s'il vous plaît. Je les attends avec impatience.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Monsieur Angus: essayez de respecter la limite de cinq minutes. Je voudrais moi aussi poser une question à la fin.



[Text]

**Mr. Angus:** I want to turn the focus back to funding of Fitness and Amateur Sport, if I may. Let me be parochial. You had an opportunity some time in the last month—I cannot remember the date—to be up in Thunder Bay, to have a muddy tour of the Big Thunder National Training Centre, which is the home of the ski jumps. The organizing group for the Nordic Games met with you, gave you the tour, and obviously made a pitch for federal support. Perhaps very briefly, because I have one other Thunder Bay question to ask you, you could indicate to us the status of their request and whether or not you or your ministry will be prepared to provide the necessary funding from the federal government.

**Mr. Jelinek:** Mr. Angus, I had the pleasure of visiting Thunder Bay and being shown the Nordic facilities at Big Thunder, with which I was impressed. I was even more impressed with the people, the organizers, the individuals who have contributed so much of their voluntary time to making Thunder Bay one of the great centres for Nordic events, not only in Canada but in other parts of the world.

As a result of that, I said that I would be very happy to support their bid within my jurisdiction for the Nordic Games in 1993. As you know, we have put a freeze on multi-sports events, and 1991 is therefore out of the question, which I made very clear to them.

However, I should point out that the final decision rests with the Canadian Ski Association as to which city in Canada would get the bid, and I can assure you, as I have assured the organizers in Thunder Bay, including the mayor, that I am on their side on this one and I hope that this will have some effect on the Canadian Ski Association's decision.

**Mr. Angus:** I appreciate that response, Mr. Minister, but you did not say whether there would be any money attached for whoever got the Nordic Games, assuming that Canada is successful in getting them for 1993. Will there be federal funds available to the successful city?

• 2020

**Mr. Jelinek:** I am not going to try to—excuse the pun—skate around the issue. My answer at this point in time is the same as the one I gave to the organizers and the mayor when I was in Thunder Bay; that is, I cannot at this time give such a commitment. We are in the process of developing a multi-sports events policy for the 1990s. I have already committed up to \$50 million for Commonwealth Games, should Canada be successful in getting those games in 1994.

We now are in the process of developing a 1990s strategy for multi-sports events. I would hope that the events coming under consideration by this government would include the Nordic Games for Canada in the 1990s, in 1993 to be specific.

[Translation]

**M. Angus:** Si vous permettez, j'aimerais que nous revenions à la question des fonds que dispense Condition physique et Sport amateur. Permettez-moi de prêcher pour ma paroisse. Le mois dernier—je ne me souviens pas de la date exacte—vous êtes allé à Thunder Bay, où vous avez eu l'occasion de visiter dans la boue le centre d'information national Big Thunder, qui est le centre du saut à ski. Vous avez rencontré les organisateurs et des jeux nordiques qui vous ont fait visiter le centre et qui, bien entendu, vous ont demandé l'aide du gouvernement fédéral. Brièvement, car j'ai une autre question à vous poser à propos de Thunder Bay, pourriez-vous nous dire comment leur demande a été accueillie et si votre ministère est prêt à fournir de la part du gouvernement fédéral, les fonds nécessaires.

**M. Jelinek:** Monsieur Angus, j'ai eu le plaisir de visiter Thunder Bay et les installations de ski nordique à Big Thunder, et j'en ai été très impressionné. J'ai été encore plus impressionné par les gens, les organisateurs, tous ceux qui ont tant donné d'eux-mêmes pour faire de Thunder Bay l'un des grands centres de ski nordique, pas seulement au Canada, mais dans le monde.

Je leur ai donc dit que dans les limites de mon autorité je serais heureux d'appuyer leur candidature pour les jeux nordiques de 1993. Comme vous le savez, nous avons décidé de suspendre temporairement toutes les manifestations à sport multiples, et c'est donc hors de question pour 1991. Je leur ai dit très clairement.

Toutefois, permettez-moi de vous faire remarquer qu'il appartient en dernier ressort à l'Association canadienne du ski de décider quelle ville canadienne pourra poser sa candidature, et je peux vous assurer, comme j'en ai assuré les organisateurs de Thunder Bay, ainsi que le maire, que j'appuie la candidature de cette ville, et j'espère que cela influencera quelque peu la décision de l'Association canadienne de ski.

**M. Angus:** Je vous remercie de cette réponse, monsieur le Ministre, mais vous ne m'avez pas dit si vous avez l'intention de subventionner les jeux nordiques s'ils doivent avoir lieu au Canada en 1993. La ville choisie recevra-t-elle des subventions fédérales?

**M. Jelinek:** Je vais vous répondre franchement, de la même façon que j'ai répondu aux organisateurs et au maire de Thunder Bay: je ne peux pas m'engager pour le moment. Nous élaborons une politique des manifestations multisports pour les années 1990. J'ai déjà engagé le gouvernement fédéral à verser 50 millions de dollars aux Jeux du Commonwealth, s'ils ont lieu au Canada en 1994.

Nous élaborons maintenant une stratégie pour les manifestations sportives de ce genre pour les années 1990. J'espère que, parmi les manifestations que le gouvernement retiendra, il y aura les Jeux nordiques dans les années 1990, en 1993 pour être précis.



[Texte]

**Mr. Angus:** Will you yourself as Minister be recommending that the Nordic Games be a component?

**Mr. Jelinek:** Yes, I will.

**Mr. Angus:** My final question, Mr. Chairman, relates to the Big Thunder National Training Centre and the earlier comment with regard to a general policy of national sport training centres.

As you saw in Thunder Bay, the Province of Ontario primarily over a number of years—in fact I guess it is close to 15 in terms of development—has worked very hard to establish Thunder Bay as a Nordic centre, starting with the jumps, then moving to cross-country and Nordic combined, and now luge. There was a story out of Calgary a week ago that there is a distinct possibility—or they are promoting the jumping facility at Calgary, setting aside for the moment the whole question of weather—that it would become the National Sports Training Centre for jumping.

Given the way Thunder Bay has been established, its reputation in the world and also in terms of government policy, is it realistic to expect—at least from the federal government's point of view—that Thunder Bay will continue to be the focus in Canada of international jumping and national sports training facilities?

**Mr. Jelinek:** Let me make it very clear that I do not want Calgary to become the only focus for ski jumping and Nordic events in Canada. This is why I am very supportive of Thunder Bay's bid to hold Nordic events in the 1990s and preferably in 1993.

Again, it is not for me to make the decision, certainly not at this point in time. But from a policy standpoint, as Minister responsible, I can assure you I will do everything within my jurisdiction to make certain that Thunder Bay plays a major role in ski jumping and Nordic events sports in the Canadian sports community and that everything not be shifted to Calgary.

Calgary is going to be left with a tremendous legacy of facilities and we have nothing to apologize for it. I think it is going to be great for sports. It is going to be great for Calgary and Alberta, obviously, and it is going to be great for Canada. As a result of the Olympics, we will leave behind these great facilities. The speed skating oval is the first-ever Olympic speed skating oval that is covered and we will be able to have speed skating in it year-round, with hockey and figure skating rinks in the centre.

The Canada Olympic Park, which is funded by the Government of Canada as well, has four ski jumps, the highest state-of-the-art for the bob and luge runs, a recreational ski hill, and a ski hill that is designed and will be used for free-style skiing events. There is a training centre as well.

**Mr. Angus:** This is the point, Mr. Minister.

**Mr. Jelinek:** They are great facilities. Having said this, I will continue to do what I can to make certain that

[Traduction]

**M. Angus:** Recommanderez-vous personnellement que l'on retienne les Jeux nordiques, en tant que ministre?

**M. Jelinek:** Oui.

**M. Angus:** Ma dernière question, monsieur le président, porte sur le centre de formation national Big Thunder et sur ce qui a été dit plus tôt à propos d'une politique globale sur les centres nationaux de formation sportive.

Comme vous avez pu le voir à Thunder Bay, au cours des dernières années, des 15 dernières années, je crois, la province de l'Ontario principalement a beaucoup fait pour établir Thunder Bay comme centre de sports nordiques, d'abord avec le saut, puis le ski de fond et le combiné nordique, et maintenant la luge. On disait à Calgary, il y a une semaine, qu'il était fort possible—ou est-ce qu'il s'agit simplement de promouvoir les installations de sauts à Calgary, sans tenir compte de la question du climat, pour le moment—que Calgary devienne le centre national de formation pour le saut.

Compte tenu de l'établissement de Thunder Bay, de sa réputation à travers le monde et de la politique du gouvernement, peut-on s'attendre—du moins du point de vue du gouvernement fédéral—à ce que Thunder Bay demeure le centre des compétitions internationales de sauts à ski au Canada, ainsi que le centre de formation national?

**M. Jelinek:** Qu'il soit bien clair que je ne veux pas que Calgary devienne le seul centre de sauts à ski et de sports nordiques au Canada. C'est la raison pour laquelle j'appuie la candidature de Thunder Bay pour les Jeux nordiques de 1993, de préférence.

Encore une fois, la décision ne m'appartient pas, en tout cas pas pour le moment. Mais du point de vue de la politique, en tant que ministre responsable, je peux vous assurer que je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que Thunder Bay continue de jouer un rôle important dans le saut à ski et les sports nordiques au Canada, et que tout ne passe pas à Calgary.

Calgary aura des installations extraordinaires, et nous n'allons pas nous en excuser. Je pense que ce serait une très bonne chose pour le sport. Ce sera une très bonne chose pour Calgary et l'Alberta, bien entendu, mais aussi pour le Canada. Après les Jeux olympiques, nous aurons ces merveilleuses installations. L'anneau de patinage de vitesse est la première piste olympique couverte de ce genre; on pourra y faire du patinage de vitesse toute l'année, et du hockey et du patinage artistique au milieu.

Dans le parc olympique canadien, qui est également financé par le gouvernement du Canada, il y aura quatre tremplins de sauts à ski, les meilleures pistes de bob et de luge, des pistes de ski pour amateurs, et une piste pour les compétitions de ski artistique. Il y a également un centre de formation.

**M. Angus:** C'est de cela qu'il s'agit, monsieur le ministre.

**M. Jelinek:** Ce sont d'excellentes installations. Cela dit, je vais continuer de faire tout mon possible pour que

[Text]

Calgary does not become the sole centre for winter sports events. We must therefore spread national training centres and continue to develop in conjunction with provincial funds for capital costs, because that is where the provinces fit in. Do not forget we gave the provinces lotteries so that the provinces, through their lotteries money, can provide capital for capital projects.

• 2025

**Mr. Angus:** I appreciate that, Mr. Minister, but if you allow Calgary to develop as a sports training centre for jumping then you are allowing Calgary to steal jobs from Thunder Bay, because there cannot be two national sports training facilities for jumping.

**Mr. Jelinek:** I am not sure that there cannot be two national centres, although I am not saying there will be. There is more than one figure skating national training centre in Canada.

**Mr. Angus:** However, the numbers of bodies are different. This is a very small group.

**Mr. Jelinek:** Mr. Angus, I am telling you, and I am being totally blunt with you, that we will not allow Calgary to become the one and only winter sports national training centre and community in Canada. In fact, we must go out of our way to make certain that other parts of the country get the opportunity to continue to expand on their winter sports facilities and to look for other areas where we can develop national training centres. However, I cannot give you the commitment right here and now.

**Mr. Angus:** By not being able to, you scare the hell out of me in terms of what it means to the community of Thunder Bay.

**Mr. Jelinek:** You should not be scared at all. Speed skating is a typical example, because there are not that many speed skaters in Canada. We have a national speed skating centre in Calgary and it would be terrible if we did not utilize it. In addition, we have a national speed skating training centre in Sainte-Foy, Quebec. I would hope that the same thing would happen with skiing.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Since we are here to talk about estimates, expenditures and anticipated revenues of the Olympic Games, I am wondering if the Minister or his officials feel that the revenues from the sales of Olympic coins and provincial lotteries will cover the costs incurred by the federal government for the games.

**Mr. Jelinek:** We made a \$200 million commitment to the Calgary Olympic Games of non-tax revenue dollars. Now, those non-tax revenue dollars are going to come from the first \$60 million of incremental seignorage from the new circulating dollar coin, an agreement with the provinces for them to cough up \$100 million from lotteries, and the profits of the sale of the commemorative coins, which is estimated between \$40 million and \$60 million, I would hope. That covers the \$200 million

[Translation]

Calgary ne devienne pas le seul centre pour les compétitions de sports d'hiver. Il faut donc continuer de disséminer les centres nationaux de formation et d'en créer avec la participation des provinces pour les immobilisations, car elles doivent jouer leur rôle. Il ne faut pas oublier que nous avons cédé les loteries aux provinces pour qu'elles puissent financer ce genre d'immobilisations.

**M. Angus:** Je comprends bien, monsieur le ministre, mais si vous permettez que Calgary devienne le centre de formation pour le saut à ski, cela veut dire que vous permettez à Calgary d'enlever des emplois qui sont actuellement à Thunder Bay, car on ne peut pas avoir deux centres nationaux de formation pour le saut à ski.

**M. Jelinek:** Je ne suis pas sûr que l'on ne puisse pas avoir deux centres nationaux, même si je ne veux pas dire par là que ce soit le cas. Il n'y a pas qu'un seul centre national de formation pour le patinage artistique.

**M. Angus:** Mais les chiffres ne sont pas les mêmes. Les auteurs sont peu nombreux.

**M. Jelinek:** Monsieur Angus, je vais vous dire très franchement que nous ne permettrons pas que Calgary devienne le seul centre national de formation pour les sports d'hiver. En fait, nous devons faire l'impossible pour que les autres régions puissent continuer d'améliorer leurs installations de sports d'hiver et y établissent des centres nationaux de formation. Toutefois, je ne peux pas prendre d'engagements immédiats.

**M. Angus:** Cela me laisse craindre le pire pour Thunder Bay.

**M. Jelinek:** Vous n'avez rien à craindre. Le patinage de vitesse est un exemple typique, car il n'y a pas beaucoup de patineurs de vitesse au Canada. Nous avons un centre de formation nationale à Calgary, et ce serait terrible de ne pas s'en servir. Il y en a un autre à Sainte-Foy, près de Québec. J'espère que nous pourrions faire la même chose pour le ski.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Puisque nous sommes réunis aujourd'hui pour parler du Budget, des dépenses et des recettes prévues pour les Jeux olympiques, le ministre, ou ses collaborateurs, estiment-ils que les recettes provenant de la vente des pièces de monnaie olympique et des loteries provinciales suffiront à couvrir les frais du gouvernement fédéral?

**M. Jelinek:** Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 200 millions de dollars aux Jeux olympiques de Calgary, sans puiser dans les caisses de l'État. Maintenant, 60 millions doivent venir du seigneurage progressif sur la nouvelle pièce de 1\$, 100 doivent venir des loteries provinciales, et de 40 à 60 millions de dollars, j'espère, viendront de la vente des médailles commémoratives. Comme cela couvre les 200 millions de dollars qu'a promis le gouvernement fédéral, nous sommes en bonne



[Texte]

commitment from the federal government, so we are off and running. In fact, approximately \$160 million of those \$200 million has already been dispersed.

**Mr. G. Berger:** It is at least \$180 million.

**Mr. Jelinek:** As Mr. Berger says, \$180 of those \$200 million has been dispersed and the facilities are built, so the Olympics are well on their way. As Canadians from all walks of life and from all political parties, we should be very proud of what we will be able to show the world just ten months from now when some two billion people a day from around the world will be looking at us through the eyes of television. I can tell you that this tremendous pride is very strong within myself, and I hope all Canadians will share in it.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you very much, Mr. Minister, Mr. Berger, and Mr. Makosky. We wish you continued success in your department.

**Mr. Angus:** Mr. Chairman, just on a point of order, while the Minister is still here, I have a number of other questions I would like to ask at some point, and I am wondering whether the Minister is prepared to come back at a mutually agreeable time to deal with additional matters regarding fitness and amateur sport, particularly the whole question of the masters games. There is a letter on file with the chairman of this committee concerning that issue.

**Mr. Jelinek:** Mr. Chairman, not only am I prepared to come back, I am disappointed that this committee has not asked me to come here sooner. I will be happy to come back any time. I must put a caveat on that: as long as it fits within our respective schedules. I look forward to being back here and to having the opportunity to have the type of exchange I have had with members this evening. I thank you very much for that opportunity, and I look forward to being back.

• 2030

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you, sir.

I would like to invite Dr. Pierre Bois to join us. Dr. Bois, we welcome you and your colleagues. You could perhaps introduce your colleagues to the committee, and if you have an opening statement then we would welcome that as well.

**Dr. Pierre Bois (President, Medical Research Council):** Thank you, Mr. Chairman. I would like to introduce Mr. Al Belliveau, the director of corporate affairs at MRC, and Mr. Guy Beauchemin, who is in charge of the university-industry programs.

I am very pleased to appear before the committee this evening to present the estimates of the Medical Research Council for the current year and discuss the council's planned activities over this period. The proposed MRC budget as set in the main estimates tabled in the House last February amounts to \$171.7 million, of which \$167.9

[Traduction]

position. En fait, nous avons déjà versé 160 millions de dollars.

**M. G. Berger:** C'est au moins 180 millions de dollars.

**M. Jelinek:** Comme l'a dit M. Berger, nous avons déjà versé 180 millions de dollars sur les 200 promis, et les installations sont prêtes; les Jeux olympiques sont donc en bonne position. Les Canadiens, quels que soient leur milieu, leurs conditions sociales ou leur appartenance politique devraient être extrêmement fiers de ce que nous montrerons au monde dans 10 mois, lorsque quelque 2 milliards de téléspectateurs par jour auront les yeux sur nous. Personnellement, cela me rend très fier et je voudrais que tous les Canadiens partagent ma fierté.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci beaucoup, monsieur le ministre, messieurs Berger et Makosky. Nous vous souhaitons beaucoup de succès au sein du ministère.

**M. Angus:** Monsieur le président, j'en appelle au Règlement. J'ai encore plusieurs questions à poser au ministre, et je me demandais s'il serait prêt à revenir, à une date qui nous convienne à tous, pour parler d'autres questions concernant Condition physique et Sport amateur, et plus particulièrement, pour parler des Jeux des Maîtres. Le président du Comité a reçu une lettre à ce propos.

**M. Jelinek:** Monsieur le président, non seulement je serais heureux de revenir, mais j'étais déçu de ce que le Comité ne m'ait pas invité plus tôt. Je me ferai un plaisir de revenir, mais ce sera dans la mesure où nos emplois du temps respectifs le permettront. Je me réjouis à l'idée de revenir et d'avoir de nouveau l'occasion de participer à un échange comme celui que nous avons eu ce soir. Je vous remercie infiniment et à la prochaine fois.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci, monsieur.

J'invite monsieur Pierre Bois à s'approcher de la table. Je vous souhaite la bienvenue monsieur Bois à vous et à vos collègues. Pouvez-vous présenter vos collègues avant de faire votre déclaration liminaire.

**Dr Pierre Bois (président, Conseil de recherches médicales):** Merci, monsieur le président. Je vous présente M. Al Belliveau, directeur des affaires du Conseil et M. Guy Beauchemin, responsable des programmes université-industrie.

J'ai plaisir à comparaître devant le Comité ce soir pour présenter le budget des dépenses du Conseil de recherches médicales pour l'exercice financier en cours et pour discuter des activités que le Conseil a prévu pour cette année. Selon le budget des dépenses déposé à la Chambre en février 1986, les crédits du CRM s'élèvent à 171,7



## [Text]

million is allocated for grants and scholarships and \$3.8 million for administrative costs.

The matching policy announced by the government in February 1986 became effective with this current budget year, and, as you know probably, under this policy the maximum federal matching of private sector contributions was set at \$10.1 million for the Medical Research Council for 1987-88. I am happy to announce that the private sector contributions to universities and institutions have exceeded that amount during the base year of 1986-87 and therefore the Treasury Board Secretariat has now released this special allotment of \$10.1 million, which is of course included in the total budget of \$171.7 million.

The 1987-88 budget represents a net overall increase of \$3.8 million, or 2.2%, over the 1986-87 funding level. You may recall that last year's funding level included a one-time supplement of \$6.3 million, an increase of 4%, announced in the February 1986 budget and approved for the year 1986-87 only. This is the reason why in a year-to-year comparison the \$10.1 million in matching funds represents in fact a net increase of only \$3.8 million.

The planned resources for the next three fiscal years provide increases of 6.5%, 6.9%, and 7.1% per year, assuming that the maximum government matching contributions will be realized; that is, assuming that universities and institutions will obtain \$21 million in private sector contributions during this fiscal year, and \$33.2 million and \$46.8 million during the following two years, in accordance with the matching policy rules.

• 2035

Therefore, for this year, in order to cope with the restrictions of the current fiscal year, the council had to adopt certain measures. Among these, the approval rate of new operating grants from the February 1987 competition will be limited to approximately 25%, as compared to the usual approval rate of about 30%. Funding of some of these will be delayed to October from the usual effective date of July 1. Ongoing operating grants had only a 2% increase for inflation since 1985, but no further increase is planned before 1988. Reductions were also applied to the awards program; for instance, the annual intake in fellowships was reduced from 150 to 135, scholarships from 30 to 20, and a few others.

In 1986 MRC adopted an additional objective, which is to enhance the interaction between researchers in the

## [Translation]

millions de dollars dont 167,9 millions de dollars seront affectés aux subventions et aux bourses et 3,8 millions de dollars à l'administration.

La politique des subventions de contrepartie annoncée par le gouvernement en février 1986 est entrée en vigueur avec l'exercice financier en cours. Dans le cadre de cette politique, 10,1 millions de dollars représentaient le plafond des fonds que le Conseil de recherches médicales pouvait recevoir du gouvernement en 1987-1988 en contrepartie des contributions du secteur privé. J'ai le plaisir d'annoncer que les contributions versées aux universités et aux institutions par le secteur privé sont supérieures à ce montant pour l'année de référence 1986-1987. Ainsi, le secrétariat du Conseil du Trésor a autorisé récemment le déblocage de l'affectation spéciale de 10,1 millions de dollars incluse dans le budget de 171,7 millions de dollars.

Si l'on compare le budget de 1987-1988 avec le financement de 1986-1987, l'augmentation totale nette s'élève à 3,8 millions de dollars, soit 2,2 p. 100. Vous vous rappelez sans doute que l'année dernière, un supplément de 6,3 millions de dollars, c'est-à-dire une augmentation de 4 p. 100, avait été accordé en février 1986. Ce supplément a été accordé uniquement pour l'année 1986-1987 ce qui explique que, d'une année à l'autre, les fonds de contrepartie de 10,1 millions de dollars ne représentent qu'une augmentation nette de 3,8 millions de dollars.

D'après la planification des ressources pour les trois prochaines années financières, on prévoit des augmentations de 6,5, 6,9 et 7,1 p. 100 par an, à condition que les fonds de contrepartie maximaux soient atteints. C'est-à-dire que l'on présume que les universités et les institutions recevront des contributions du secteur privé de 21 millions de dollars pour la présente année financière, 33,2 millions de dollars et 46,8 millions de dollars pour les deux exercices financiers suivants, conformément aux règles de la politique des subventions de contrepartie.

Pour faire face aux contraintes de l'exercice en cours, le conseil a dû prendre certaines mesures: Ainsi le pourcentage de nouvelles subventions de fonctionnement octroyées au concours de février 1987 sera limité à environ 25 p. 100 des demandes au lieu de la norme habituelle de 30 p. 100, et le financement de certaines de ces subventions sera reporté à octobre au lieu du premier juillet, date habituelle de leur entrée en vigueur. Les subventions de fonctionnement en cours n'ont été augmentées que de 2 p. 100 depuis juin 1985 pour parer à l'inflation, mais aucune autre augmentation n'est prévue avant 1988. Le programme des bourses a aussi été touché par des réductions. Par exemple, le nombre annuel des bourses de recherche octroyées est passé de 150 à 135 et, dans le cas des bourses de chercheurs-boursiers, il a été réduit de 30 à 20.

En 1986, le CRM a adopté un objectif supplémentaire: accroître l'interaction entre les chercheurs des facultés des

[Texte]

health sciences faculties and the industry. The university-industry programs were initiated to implement this new objective. These programs are designed to increase, in partnership with the private sector, the level of funding for university research. University researchers wishing to conduct research in collaboration with industry may now receive a grant from MRC to facilitate this research. These new programs are generating a considerable amount of interest in the industrial community. We have already received many applications. We have already funded a few, even though the program started April 1 of this year. And there were many requests for information.

It appears this new university-industry program will be very successful. We are confident they will contribute to increasing private sector contributions and thereby help to generate matching funds expected in future years, as we mentioned previously.

Mr. Chairman, I would be pleased to provide more information on MRC programs or other aspects affecting medical research.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you very much, Dr. Bois. We will open up the floor for questions and comments. Mr. Orlikow, would you like to lead off, please?

**Mr. Orlikow:** Dr. Bois, I am sure you saw the newspaper report regarding the Natural Sciences and Engineering Research Council, which was made public this week, where it says that as many as 40% of Canadian researchers are considering leaving the country because of lack of research money. Has the Medical Research Council seen this report, or has it attempted any kind of survey of its own to see whether a similar brain drain is affecting Canada's medical researchers?

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, I am not familiar with this particular report, though I have heard of some problems, not only now but in the past few years, that some Canadian researchers have been recruited in the United States.

I do not think, insofar as medical research is concerned, that this brain drain is important in numbers. What I think is important is rather the attraction by U.S. laboratories of a few leaders. It is not a question of numbers; it is rather a question of keeping our very best people. I know that recently a top Canadian researcher in Toronto received very attractive offers from the U.S. In the end we have been able to keep him.

• 2040

**Mr. Orlikow:** I noticed in your report you say, and I quote:

Only 8% or \$15 million will be available for the funding of new grants and awards. Council therefore plans a moratorium on the funding of a number of programs, mainly subject research development grants,

[Traduction]

sciences de la santé et ceux de l'industrie. Les programmes université-industrie ont été mis sur pied pour réaliser ce nouvel objectif. Ils ont été élaborés pour augmenter, de concert avec le secteur privé, le niveau de financement de la recherche universitaire. Les chercheurs universitaires qui désirent effectuer des recherches en collaboration avec l'industrie peuvent maintenant bénéficier d'une subvention du CRM pour appuyer ces recherches. Ces nouveaux programmes attirent beaucoup le secteur industriel, qui nous a déjà fait parvenir plusieurs demandes de financement et de renseignement.

Il semble que les programmes université-industrie seront une réussite. Nous sommes certains qu'ils permettront d'accroître les contributions du secteur privé et qu'ils produiront les subventions de contrepartie prévues conformément au montant indiqué précédemment pour les prochaines années.

Monsieur le président, je suis à votre disposition pour donner de plus amples renseignements sur les programmes du CRM ou sur d'autres aspects de la recherche en science de la santé.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci beaucoup, monsieur Bois. Nous passons maintenant aux questions. Monsieur Orlikow, voulez-vous commencer?

**M. Orlikow:** Monsieur Bois, je suis sûr que vous avez lu dans les journaux des articles concernant le Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie, qui a annoncé cette semaine que près de 40 p. 100 des chercheurs canadiens envisagent de quitter le pays parce qu'il n'y a pas ici les budgets qui conviennent. Est-ce que le Conseil de recherches médicales a lu ces articles? A-t-il essayé de faire une enquête afin de voir si les chercheurs médicaux canadiens sont tentés de faire la même chose?

**Dr Bois:** Monsieur le président, je n'ai pas lu ces articles, mais j'ai entendu parler du problème, qui est pas nouveau, mais remonte à quelques années, car les États-Unis recrutent des chercheurs canadiens.

Du point de vue de la recherche médicale, l'exode des cerveaux n'est pas aussi important. Ce sont les laboratoires de quelques grandes compagnies américaines qui sont attirants et donc les plus menaçants. Ce n'est pas une question de nombre, mais plutôt de garder ici nos meilleurs éléments. Je sais que récemment un chercheur canadien chevronné de Toronto a reçu une offre alléchante des États-Unis. Au bout du compte, nous avons réussi à le garder.

**M. Orlikow:** Je constate que dans votre rapport vous dites, et je cite:

Seulement 8 p. 100, c'est-à-dire 15 millions de dollars, iront au financement de nouvelles subventions et bourses. Par conséquent, le Conseil envisage de stopper le financement d'un certain nombre de programmes,



## [Text]

biotechnology development grants, biotechnology training grants, visiting professorships and symposium workshops.

Does this not put the MRC in a position of not being able to increase funding in these areas and saying to the researchers in these fields that maybe they would be better off looking elsewhere because they are not going to get the assistance from you? As you pointed out in your remarks a few moments ago, the approval rate for new projects is down from the traditional 30%, which was serious enough, to 25%.

**Dr. Bois:** Of course, but we think at MRC that if the situation improves, as we have said before, in 1988 and 1989, we can readjust that issue. Of course there might be some people who might leave; that is certainly possible. This is not really under our control, but visa versa, in the health sciences, as you know, about 50% of the funding comes from MRC in part, but from the private sector; that is, private agencies and provincial agencies. In other words, it is possible to find some funding. I understand this may not be adequate.

**Mr. Orlikow:** Virtually all the provinces have the same deficits or even greater deficits, so it is very unlikely that they are going to increase their funding, particularly—I will come back to this later—given the fact that the shared-cost programs are going to be cut back.

Let me just put another illustration to you, which comes out of your own report and which certainly alarms me. I would think it should alarm you and all medical researchers. In the table on page 15, we see a startling downward trend in the number of persons receiving grants in aid and personnel support. From a total of 4,758 awards in 1984 or 1985, the figure for 1986-87 is 4,106, so you have a reduction of 13.7% in just two years. Now, is this trend going to be continued in 1987-88, and for the life of the five-year program? Many scientists and researchers have written to me in recent months that they are spending inordinant amounts of time trying to get funding for their research program, time that is taken away from their own research and which very often is futile in any case. What is going to happen to the kind of people who have had support in the past and have helped to make our system of medical services so great?

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, in the case of MRC, the present state of affairs is a bit more difficult, maybe, than it has been for the two other councils, the reason being that we obtained a five-year plan in 1983, with some substantial increase in our base budget. When the question of reviewing this five-year plan came about, it was at the same time for the two other councils to come up with their first-year of their five-year plan. In other words, we were out of pace.

## [Translation]

essentiellement les subventions au développement de la recherche de secteur, les subventions au développement de la biotechnologie, les subventions de formation en biotechnologie, les chaires de professeurs invités et les ateliers de symposium.

Est-ce que cela ne signifie pas que le CRM ne pourra pas augmenter le financement dans ces secteurs si bien que les chercheurs se diront qu'il vaut mieux s'adresser ailleurs puisqu'ils ne pourront pas obtenir d'aide de votre part? Comme vous l'avez dit il y a un instant, le taux d'approbation des nouveaux projets est passé de 30 p. 100, ce qui n'était pas très reluisant, à 25 p. 100.

**Dr Bois:** Bien entendu, nous pensons que si la situation s'améliore, comme je l'ai dit auparavant, en 1988 et en 1989, il y aura des rajustements possibles. Cela signifie qu'il se peut que certaines personnes nous quittent. C'est fort possible. Nous n'y pouvons rien, par contre, dans les sciences de la santé, vous le savez, 50 p. 100 des budgets viennent du CRM et le reste, du secteur privé. Il s'agit d'organismes privés et provinciaux. En d'autres termes, il est possible de trouver de l'argent. Je comprends toutefois que cela ne suffit peut-être pas.

**M. Orlikow:** Presque toutes les provinces ont les mêmes déficits, parfois plus élevés, si bien qu'il est peu probable que les budgets provinciaux augmenteront, étant donné que les programmes à frais partagés seront réduits. J'y reviendrai plus tard.

Je voudrais vous donner un autre exemple, que je tire de votre rapport et qui m'inquiète. Je pense que cela devrait vous inquiéter aussi, de même que tous les chercheurs médicaux. À la page 15, le tableau indique une tendance spectaculaire à la baisse dans le nombre des chercheurs qui reçoivent des subventions pour le personnel de soutien. Alors qu'en 1984 ou 1985, le nombre des subventions était de 4,758, il n'est que de 4,106 en 1986-1987, ce qui représente une réduction de 13,7 p. 100 en deux ans seulement. Est-ce que cette tendance se poursuivra en 1987-1988 et pour toute la durée du programme quinquennal? Beaucoup de scientifiques et de chercheurs m'ont écrit récemment qu'ils passaient beaucoup trop de temps à chercher des fonds pour leurs recherches, que cela les distrait de leur travail et que c'était souvent en vain. Qu'advient-il des gens qui ont reçu votre soutien par le passé et qui ont tant contribué à nos services médicaux?

**Dr Bois:** Monsieur le président, la situation actuelle du CRM est peut-être un peu plus difficile que celle des deux autres conseils, étant donné que, en 1983, nous avons obtenu l'approbation d'un plan quinquennal, ce qui signifiait une augmentation substantielle de notre budget de référence. Quand il s'est agi de revoir ce plan quinquennal, cela a coïncidé avec la première année du plan quinquennal des deux autres conseils. En d'autres termes, nous n'étions pas synchronisés.



[Texte]

[Traduction]

• 2045

So when the new policy came about for the matching and some reduction in the base funding we were just at a point of some growth, and we had increased the number of grants for a certain number of fellows, expecting that this trend would continue, because the five-year plan as such had been approved—not the budget for the five years, but at least the first two years. So it was difficult for us to adjust to this new situation.

The answer to what you mention is that if we keep with this level of funding, we have to reduce—and we have already started to reduce—the total number of grants. It is just too much for the budget we have. So we have had to adjust that, some of it last year and some this year.

**Mr. Orlikow:** I am told you talked about reducing the approval rate down from 30% to 25%. I understand that is for new applications. But I am told that of the ongoing research projects, which are usually directed by senior medical researchers, only 70% are being continued. So you have senior people who have started on what they consider to be important medical research problems, which very often take substantially more than three years, and suddenly their project is gone and they have to start thinking about something else.

You have talked about, and we know about, the difficulties you have had because of the cut-backs by the federal government. But we know the federal contributions for established program financing will be reduced by a total of \$2 billion by 1990-91, because that legislation has already been passed. Have you had any indications how this added pressure on our universities will affect university-based research and our Medical Research Council? If so, it will elicit argument that federally funded research, both in-house and that sponsored by your council, should be expanded, not contracted, if we are ever going to reach the target for research and development of 2.5% of GNP or GDP.

**Dr. Bois:** The issue of indirect costs that you refer to is also a problem that applies to all research in universities and teaching hospitals or institutes. There have been some adjustments there in the past few years. The problem here is that one would expect that grants would cover a bit more of indirect costs; that is, costs that usually were covered by the universities with their budgets. That is being done, but in fact our calculations indicate this has represented to date only about 3% of the cost of doing research; that is, the grants adjustment for covering of these indirect costs.

**Ms Copps:** On the issue of matched funding, le secteur privé au Canada est moins habitué à faire des dons. Il y a une étude qui démontre que les sociétés américaines donnent d'habitude 2.6 p. 100 de leurs profits

Quand la nouvelle politique a été annoncée pour les subventions de contrepartie, avec réduction de notre financement de référence, nous étions sur le point de prendre notre envol, et nous avions augmenté le nombre des subventions, confiant que la tendance allait se maintenir, le plan quinquennal ayant été approuvé, car même si le budget pour les cinq années ne l'était pas, les deux premières années étaient garanties. Nous avons donc eu du mal à nous adapter à la nouvelle situation.

En réponse à votre question, si nous voulons maintenir le même financement, nous devons réduire, ce que nous avons déjà commencé à faire, le nombre total des subventions. Le budget dont nous disposons nous y contraint. Nous faisons donc des rajustements, en partie l'an dernier, en partie cette année.

**M. Orlikow:** Vous dites avoir réduit le taux des approbations, qui est passé de 30 à 25 p. 100. Il s'agit là des nouvelles demandes. On me dit toutefois que les projets de recherche en cours, qui d'habitude sont dirigés par des chercheurs médicaux chevronnés, ne seront poursuivis que dans 70 p. 100 des cas. Il y a donc des chercheurs d'expérience qui ont commencé leurs recherches sur des problèmes médicaux importants, travail qui exige très souvent beaucoup plus que trois années, qui voient soudainement leurs projets stoppés et qui doivent penser à trouver autre chose.

Vous avez parlé des difficultés que vous causent les réductions budgétaires fédérales, et nous les connaissons. Nous savons aussi que les contributions fédérales au financement des programmes établis seront réduites de 2 milliards de dollars d'ici à 1990-1991, puisque la loi a déjà été adoptée. Savez-vous déjà ce que cela représente pour nos universités où se fait la recherche et pour le Conseil de recherches médicales? Dans l'affirmative, on pourrait très bien faire valoir que la recherche financée par le gouvernement fédéral, dans ses propres organismes ou encore parrainée par votre conseil, devrait prendre de l'ampleur, au contraire, si nous voulons atteindre la cible de 2,5 p. 100 du PND ou du PIB fixée pour la recherche et le développement.

**Dr Bois:** La question des coûts indirects, dont vous parlez, est un problème qui vise toute la recherche dans les universités, dans les hôpitaux universitaires ou les instituts. Il y a eu certains rajustements à cet égard au cours des dernières années. On pourrait s'attendre à ce que les subventions couvrent une plus grande partie des coûts indirects, c'est-à-dire les coûts qui, par le passé, étaient assumés par les universités. C'est déjà commencé, mais en fait, nous avons pu calculer que cela ne représentait jusqu'à présent que 3 p. 100 du coût de la recherche. Cela équivaut au rajustement de subventions, qui couvrent ces coûts indirects.

**Mme Copps:** Au sujet du financement de contrepartie: private sector in Canada is not so used to give donations. A survey has shown that American companies usually give 2.6% of their profits after taxes whereas in Canada,

*[Text]*

une fois les impôts déduits tandis qu'au Canada, c'est seulement 0.7 p. 100. La plus grande partie vient d'entreprises ontariennes.

*[Translation]*

companies give only 0.7%. Most of those donations come from businesses established in Ontario.

• 2050

Est-ce qu'on ne risque pas de déséquilibrer la recherche médicale au Canada en comptant trop sur les dons des sociétés pour la recherche, surtout à l'extérieur de l'Ontario?

Is there not a risk of creating an imbalance in medical research in Canada by relying too much on corporate donations for research, particularly outside of Ontario?

**Dr Bois:** Monsieur le président, c'est une question très pertinente, mais il est difficile d'y répondre. Au Conseil, nous avons l'impression que dans le cas de la recherche médicale, la contribution du secteur privé, soit les dons proprement dits et qui sont de tous genres, ou encore la contribution de l'industrie pharmaceutique et surtout de l'industrie chimique qui s'intéresse à la production de prothèses, etc., représente un apport assez important. On ne peut pas l'estimer de façon précise, mais on a plusieurs points de repère. D'après nos estimations, on devrait pouvoir atteindre les montants proposés par la politique. Est-ce qu'on atteindra 46 millions de dollars en 1989? Il est encore difficile de le dire.

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, it is a very relevant question, but difficult to answer. In the Council we consider the contribution of the private sector to medical research, either through donations of various sorts or the contribution of the pharmaceutical industry and particularly the chemical industry which is interested in the production of prostheses amounts to a fairly significant input. We cannot make a precise estimate, but we have several points of reference. According to our estimates, we should be able to reach the amounts proposed under the policy. Will we be able to come up with \$46 million in 1989? It is still difficult to say.

Je suis sûr qu'en 1988, notre situation sera bonne. Il ne faut oublier qu'il y a au pays de nombreux hôpitaux d'enseignement, des hôpitaux affiliés aux universités. Seize universités ont une faculté de médecine. On peut mettre en moyenne trois hôpitaux par faculté, ce qui est très conservateur, car Toronto en a 14 et Montréal, 11, etc. Mais mettons-en seulement trois par université et pensons que chaque hôpital d'enseignement au Canada obtient tous les ans des fonds privés, des dons de tous genres, à des fins de recherche ou à des fins spécifiques, et que ces montants s'élèvent à plusieurs millions de dollars. C'est dans la tradition. Ce sont des dons anonymes de patients, de familles ou d'organismes. Ces montants servent à financer une partie de la recherche. On doit ajouter à cela le programme universités-industries dont nous parlions. Nous avons reçu beaucoup de demandes à ce sujet. Les projets de recherche sont formulés de façon un peu plus concrète, et un financement mixte provenant du Conseil et du secteur privé nous permet de promouvoir encore plus de choses d'intérêt.

I am sure that in 1988 our situation will be good. We must remember that Canada has many teaching hospitals, hospitals affiliated with universities. 16 universities have a faculty of medicine. We can count an average of three hospitals per faculty, that is fairly conservative, since Toronto has 14, and Montreal 11, etc. But let us assume only three per university with each teaching hospital in Canada obtaining every year private funds and donations of all sorts for research and specific purposes for a total of several million dollars. This is the tradition. I am talking about anonymous donations from patients, families or organizations. Such money is used to fund a part of the research. In addition, there is the university-industry program we were talking about. We have received a lot of applications about it. The research projects have a slightly more concrete focus and joint funding from the council and the private sector enables us to promote even more interesting work.

Il faut dire que le Conseil discutait depuis 1983 de ce programme de recherche universités-industries. Ce n'est pas une invention de l'année dernière. Les membres du Conseil ont mis assez de temps à se faire une idée sur cette formule, songeant qu'en faisant cela, on utiliserait davantage d'argent pour la recherche du côté du développement en diminuant les ressources affectées à la recherche fondamentale.

I should add that this program of university-industry research has been under discussion in the council since 1983. It is not last year's invention. The council members have devoted enough time to a thorough study of this approach and realize that it would mean more money for development research and decreased resources for basic research.

Donc, j'ai bon espoir en ce qui concerne les possibilités. Je crains seulement la dernière année.

So I am optimistic about the opportunities. My only fears are for last year.

**Mme Copps:** On sait que certains chercheurs sont censés quitter le Canada. Il y a un autre problème. Je pense qu'il a été soulevé par le professeur Hirsh qui travaille à l'Université McMaster. Il dit qu'un médecin

**Mrs. Copps:** There has been talk of a brain-drain of Canadian researchers. There is another problem; I think it was raised by Professor Hirsh who works at McMaster University. He said that a doctor who chooses a career of



[Texte]

faisant carrière dans le domaine de la recherche médicale gagne environ un dixième de ce que peut gagner un praticien.

• 2055

Constatez-vous un exode des médecins chercheurs? Est-il exact que les médecins ne veulent plus faire de recherche parce qu'ils peuvent gagner plus d'argent en tant que médecins praticiens?

**Dr Bois:** Monsieur le président, c'est la situation qui a toujours un peu prévalu. Un médecin qui veut s'orienter en recherche fait, par définition, un choix. Le travail de recherche apporte beaucoup de satisfaction, mais, par définition, il est moins rémunérateur que l'exercice clinique en spécialité ou même en médecine générale. C'est un choix qu'on fait au départ.

Ce qui pose un problème depuis une bonne dizaine d'années, c'est que les formules de financement qu'on peut offrir aux cliniciens chercheurs ne sont pas toujours concurrentielles. Dans des moments comme ceux que nous traversons—nous en avons parlé tout à l'heure—, il est fort possible que quelques-uns se désaffectent.

C'est un gros défi pour un jeune clinicien que d'embrasser cette carrière. Si la situation ne semble pas assez prometteuse, eh bien, il laissera tomber pour devenir praticien. Je l'ai vu assez souvent. Est-ce qu'il y en a davantage cette année? Je ne saurais le dire. C'est une situation qui existera toujours. Beaucoup de jeunes passent une année ou deux à se former après avoir acquis une spécialité. Ils font de la recherche subventionnée pendant un an ou deux, mais quand vient le moment du renouvellement, ce n'est pas très fort, parce qu'ils sont trop tentés de faire de l'exercice professionnel. Ce sont des équipes qui travaillent ensemble. On prend du temps et du temps et, finalement, la recherche passe au deuxième rang.

Cela fait partie du système. C'est bien difficile à éviter. Cela ne nous est pas particulier. C'est la même chose aux États-Unis, en France, en Angleterre. Je n'ai pas de solution parfaite.

**Mme Copps:** Merci.

**M. McCrossan:** C'est le même problème en ce qui concerne le salaire des députés quand on le compare aux salaires du secteur privé.

I would like to ask a question about the standing committee on ethics and experimentation on two particular issues—the issue of genetic engineering and the issue of organ growth, particularly through clones and *in vitro* organ growth. It seems to me both issues represent serious ethical questions for the medical profession.

Perhaps I can take the more controversial one first, the issue of *in vitro* organ growth. I understand some experiments are taking place with a lower order of animals. Certainly the technology is known. Has the medical or the research profession begun to examine the

[Traduction]

medical research earns about one-tenth of what a practitioner can earn.

Have you noted a significant departure of doctors involved in research? Is it true that doctors are no longer willing to do research because they can earn more money as medical practitioners?

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, the situation has always been rather like that. A doctor who decides to do research is, by definition, making a choice. Research can be very satisfying but, by definition, it is less remunerative than a private practice as a specialist or even as a general practitioner. The choice is made at the outset.

The problem for the past 10 years has been that the funding formulas offered research clinicians are not always competitive. In periods such as the one we are now going through, we talked about it earlier on, some may become disillusioned with research.

It is a great challenge for a clinician to embark upon such a career. If the situation does not seem promising enough, then he will decide to give up this work in order to become a practitioner. I have seen it happen quite often. Is it more frequent this year? It is impossible for me to say. The situation will always be around. There are lots of young doctors who spend a year or two in training after qualifying as a specialist. They do subsidized research for a year or two but when it is time for renewal, they are not too keen, but are tempted by professional practice. They are teams that work together. They take more and more time and finally, research ends up by being a second priority.

That is part of the system and it is hard to avoid. It is not peculiar to Canada. You find the same thing in the United States, in France and Britain. I do not have any perfect solution.

**Ms Copps:** Thank you.

**Mr. McCrossan:** There is the same problem for the salary of Members of Parliament when compared to pay in the private sector.

J'ai une question à poser au Comité permanent de l'éthique et de l'expérimentation concernant deux sujets particuliers, le génie génétique et la croissance d'organes, notamment par le clonage et la croissance *in vitro*. Je pense qu'il s'agit de deux questions sérieuses d'éthique pour la profession médicale.

Je pourrais peut-être passer à la question la plus controversée d'abord, celle de la croissance d'organes *in vitro*. Je crois savoir que certaines expériences ont lieu sur des espèces inférieures d'animaux. Il s'agit certes d'une technologie connue. La profession et les chercheurs ont-ils



*[Text]*

ethics of these particular experiments, in particular where the experiments were to be undertaken with humans?

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, our committee on ethics produced the first draft of a report last summer. This has been reviewed and circulated. The council will be in a position to approve it in June. In this report there is not much on these technologies, because at the time the committee started its work three years ago now, it was felt that concerning this question of gene therapy, for instance, and other techniques along the one that you mentioned, we would have to strike a special committee to look into this and produce some guidelines.

• 2100

As a matter of fact, already we have a few members who have been selected for that committee to review the situation. Therefore, I would not have very much to add to this, except perhaps also that after the first draft of our report and the summit on ethics that was held here in Ottawa three weeks ago, we have joined with the royal college to ask the college to have a special role and perhaps be more involved in the supervision of applications of guidelines of ethics in the general area of human medical research.

**Mr. McCrossan:** So you have not specifically addressed the growth of human organs outside the body—replacement organs?

**Dr. Bois:** No, not in this particular report. It has been discussed in committee, but not in the guidelines that will be approved, I hope, next month.

**Mr. McCrossan:** Do you feel that this is strictly a medical issue, or do you feel there should be lay people on such an ethics committee?

**Dr. Bois:** Oh, there have always been lay people on these committees.

**Mr. McCrossan:** What is the proportion?

**Dr. Bois:** There were only two basic clinician scientists on the previous committee out of I think some 11 or 12 members of the committee. On the three or four subcommittees, there were not more than about one-fourth to one-third of the membership who were scientists, researchers, involved in this type of research.

**Mr. McCrossan:** Is there any of this type of research currently under way in Canada that the MRC is involved in?

**Dr. Bois:** I do not think so.

**Mr. McCrossan:** What about genetic engineering? When we get to the lower animals, I guess there is certainly genetic engineering with bacteria occurring in Canada.

**Dr. Bois:** Of course.

**Mr. McCrossan:** Is there an ethical difference between working with bacteria and working with say mammals?

*[Translation]*

commencé à se pencher sur l'élément éthique de ces expériences, surtout quand il était prévu de les appliquer aux humains?

**Dr Bois:** Monsieur le président, notre comité de l'éthique a préparé la première ébauche d'un rapport l'été dernier. Il a été révisé et distribué. Le Conseil sera en mesure de l'approuver en juin. Dans son rapport le Comité ne parle pas beaucoup de ces techniques puisque, lorsqu'il a entamé ses travaux, il y a déjà trois ans, on a estimé que la thérapie génétique, par exemple, et d'autres techniques semblables à celles dont vous avez parlé, devraient être étudiées par un comité spécial, qui serait chargé d'établir des lignes directrices.

De fait, certains membres ont déjà été choisis pour faire partie de ce comité. Je n'ai vraiment rien à ajouter là-dessus; après la rédaction de la première ébauche de notre rapport et le colloque de bioéthique, qui a eu lieu ici, à Ottawa, il y a trois semaines, nous avons demandé au Collège Royal de jouer un rôle spécial et de participer un peu plus à la surveillance de l'application d'un code déontologique dans le domaine des recherches médicales humaines.

**M. McCrossan:** Vous n'avez donc pas étudié la croissance d'organes à l'extérieur du corps humain—la croissance d'organes de remplacement?

**Dr Bois:** Non, pas dans ce rapport. Le Comité a discuté de la question, mais les lignes directrices qui seront approuvées, je l'espère, le mois prochain ne portent pas sur ces questions.

**M. McCrossan:** Estimez-vous que cette question ne touche que ceux qui oeuvrent dans le secteur médical? Croyez-vous que d'autres personnes pourraient faire partie de ce comité sur la bioéthique?

**Dr Bois:** Des profanes font toujours partie de ce genre de comité.

**M. McCrossan:** Quel est le pourcentage de profanes?

**Dr Bois:** Seuls deux des onze ou douze membres du comité précédent étaient des scientifiques cliniciens. Seuls 25 à 33 p. 100 des membres des trois ou quatre sous-comités étaient des scientifiques, des chercheurs, ou des gens qui participaient aux activités.

**M. McCrossan:** Le CRM participe-t-il actuellement à des recherches de ce genre au Canada?

**Dr Bois:** Je ne le crois pas.

**M. McCrossan:** Et la manipulation génétique? Je suppose qu'au Canada on procède à l'aide de bactéries à la manipulation génétique, d'espèces animales inférieures.

**Dr Bois:** Evidemment.

**M. McCrossan:** Est-ce qu'il existe une perspective déontologique différente entre les expériences où on

[Texte]

**Dr. Bois:** Well, as I mentioned a moment ago, Mr. Chairman, there is a very important issue there, which is a technology at its very beginning but which has tremendous potential. It may take 25 years, maybe 50 years, but nevertheless it is possible. The technology is what is called gene therapy; that is, a prevention of genetic diseases.

**Mr. McCrossan:** What about the transfer of a growth gene from one animal to another?

**Dr. Bois:** That is one type of research in one area that is very relevant to humans. The so-called genetic engineering or what is called the technique of transferring some DNA from a cell to a bacteria in order for the bacteria to produce a molecule that you wish to have is a technology that goes back now to 1976, about 10 years.

We have produced guidelines in this area. DNA recombinant technology is now, after 12 years, not as risky or dangerous as it was thought at the time. It is rather difficult and the chances of success are rather limited.

• 2105

In this country we now have, with Connaught Labs in Toronto, through a bio-technological approach, a production of human insulin, for instance. A growth hormone for the treatment of dwarfism, produced the same way, is available. At the moment we are supporting a clinical trial on this across the country, and the growth hormone is produced by bio-technology or DNA recombinant technology.

**Mr. McCrossan:** In your guidelines you indicated that safety is one of the things you are concerned with. Obviously, one of the dangers in one of these experiments is trading an organism that is in itself dangerous, an AIDS-type—well, it is a virus, but I guess we are not down to that level yet—working something with bacteria. . . You indicated in your previous statement that danger factors appeared to have been somewhat exaggerated. Are you basing that observation on empirical evidence or on theoretical evidence?

**Dr. Bois:** No, it is on experience. The guidelines for the DNA recombinant technology were extremely strict when written in 1976-77, if I remember. It is of course the same in the U.S. at the National Institute of Health. After a few years, in the early 1980s, it appeared that the level of containment was very high and not needed as much as one thought in the beginning. The risk of producing unforeseen organisms was so small as to be non-existent.

[Traduction]

utilise des bactéries et celles où on utilise des mammifères, par exemple?

**Dr Bois:** Comme je l'ai signalé tout à l'heure, monsieur le président, il s'agit d'une question fort importante; cette technique est encore à l'état embryonnaire, mais elle promet beaucoup. Il faudra peut-être 25 ans ou même 50 ans; cependant c'est possible. On appelle cette technique la thérapie génétique; il s'agit d'une méthode permettant d'éviter ou de guérir les maladies héréditaires.

**M. McCrossan:** Ne procède-t-on pas au transfert d'un gène de croissance d'un animal à un autre?

**Dr Bois:** Oui, il s'agit de recherches dans un domaine qui touche l'espèce humaine. Ce qu'on appelle la manipulation génétique, soit la technique du transfert des molécules d'ADN d'une cellule à une bactérie afin de permettre à cette dernière de produire la molécule désirée est une technique qui remonte maintenant à 1976, soit à dix ans.

Nous avons établi des lignes directrices dans ce domaine. Les techniques utilisées pour recombiner les molécules d'ADN ne sont pas aussi dangereuses qu'on le pensait il y a 12 ans, quand elles ont été inventées. C'est un procédé assez difficile, et les chances de succès sont plutôt minces.

Par exemple, grâce aux travaux effectués à Connaught Labs, de Toronto, grâce à l'utilisation de la biotechnologie, on produit aujourd'hui au Canada une insuline humaine. Il existe maintenant grâce à la biotechnologie une hormone de croissance que l'on utilise pour guérir le nanisme. Dans ce domaine nous parrainons actuellement une série d'essais en clinique dans tout le pays; l'hormone de croissance est produite grâce à la biotechnologie ou de la manipulation de molécules d'ADN recombinées.

**M. McCrossan:** Vous précisez dans vos lignes directrices que la sécurité est une des choses qui vous préoccupent le plus. Evidemment, un des dangers serait l'utilisation lors d'expériences d'un organisme qui est en soi dangereux, je pense à un virus du genre du SIDA—mais je sais qu'on n'en est pas encore rendu là—on utilise cependant des bactéries. . . Vous avez dit plus tôt que les dangers semblaient avoir été exagérés. Vous fondez-vous sur des preuves empiriques ou théoriques?

**Dr Bois:** Non, sur des expériences. Les lignes directrices visant les techniques de manipulation des molécules d'ADN recombinées étaient très strictes lorsqu'elles ont été rédigées en 1976-1977 si je me souviens bien. La situation est évidemment la même au National Institute of Health aux Etats-Unis. Après quelques années, au début des années 80, on a constaté que la surveillance exercée sur ces expériences était très élevée et qu'il n'y avait pas lieu de s'inquiéter. En effet, on a jugé que les risques de produire des organismes non prévus étaient tellement faibles qu'ils étaient pratiquement inexistantes.



[Text]

Therefore, the DNA recombinant technology is now being used in research and by industry, usually for the production of a molecule you wish to have and you need. To produce it otherwise would be extremely expensive and you would not be sure of purity and so forth. You produce biologicals and usually what is called peptides; that is the usual objective of DNA recombinant technology at the moment.

**Mr. McCrossan:** Yes. Thank you, Mr. Chairman.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Mr. Lesick, did you want to ask a question as well?

**Mr. Lesick:** Yes, if I may. Dr. Bois, we are certainly pleased to have you here, as well as your two colleagues. You are here as the president of the Medical Research Council of Canada. You are a medical doctor. What is the rest of your curriculum vitae or your educational background?

**Dr. Bois:** I did a bit of general medicine after my MD and then I went for training in experimental medicine; I received a Ph.D in experimental medicine. I then did some teaching in histology and research, of course, mostly at the time in endocrinology. I was then appointed in the pharmacology field, because I had some experience with hormones, and at the time with a series of drugs that might have something to do with the secretion of hormones.

**Mr. Lesick:** If I may interrupt you, Dr. Bois, you are a researcher and you are eminently qualified, especially being the president of the Medical Research Council. Since I did not know your background, I thought I would like to know where you came from, and I respect it very highly. Are you the president of a volunteer organization?

• 2110

**Dr. Bois:** No.

**Mr. Lesick:** It is not a volunteer organization. Is this right? Are you a paid member of the research council?

**Dr. Bois:** The Medical Research Council is one of the three federal agencies that support research in Canada. There is a council on humanities and a council on natural sciences and engineering and a council on medical research. There is also the National Research Council, which mostly or in large part supports in-house research. We do not have any labs of our own at MRC.

**Mr. Lesick:** Mr. Chairman, I am just wondering about something. You are not paid to be the president. Is this correct? Or are you paid to be the president of the research council?

[Translation]

Ainsi, la technique de manipulation des molécules d'ADN recombinées est aujourd'hui utilisée dans le domaine de la recherche et par l'industrie, le plus souvent pour la production d'une molécule dont on a besoin. Si on utilisait d'autres techniques, les procédés seraient beaucoup plus coûteux, et on n'aurait aucune garantie sur la pureté et des autres caractéristiques de la molécule. On produit des éléments biologiques et ce qu'on appelle habituellement des peptides; ce sont actuellement les objectifs visés par la manipulation de molécules d'ADN recombinées.

**M. McCrossan:** Bon. Merci, monsieur le président.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Monsieur Lesick, voulez-vous poser une question, vous aussi?

**M. Lesick:** Oui, si vous le permettez. Monsieur Bois, nous sommes très heureux de vous accueillir, ainsi que vos deux collègues. Vous êtes le président du Conseil de recherches médicales du Canada. Vous êtes médecin. Quels sont vos antécédents—votre emploi, les études que vous avez faites?

**Dr Bois:** J'ai pratiqué un peu après avoir obtenu mon doctorat en médecine; puis j'ai reçu une formation dans le domaine de la médecine expérimentale et obtenu mon doctorat dans ce domaine. Ensuite j'ai enseigné l'histologie et la recherche, évidemment, principalement dans le domaine de l'endocrinologie. J'ai été nommé à un poste dans le domaine de la pharmacologie puisque j'avais une certaine expérience de l'étude des hormones et d'une série de médicaments qui pourraient avoir un effet sur la sécrétion des hormones.

**M. Lesick:** Je m'excuse de vous interrompre, monsieur Bois, vous êtes un chercheur et vous êtes certainement fort compétent, puisque vous êtes après tout le président du Conseil de recherches médicales du Canada. Comme je ne connaissais pas vos antécédents, je voulais en connaître un peu plus long sur vous. Vous avez un curriculum vitae fort impressionnant. Êtes-vous le président d'une société bénévole?

**Dr Bois:** Non.

**M. Lesick:** Il ne s'agit donc pas d'un groupe de bénévoles. Est-ce exact? Êtes-vous un membre rémunéré du Conseil de recherches médicales?

**Dr Bois:** Le Conseil de recherches médicales est un des trois organismes fédéraux qui oeuvre dans le secteur de la recherche au Canada. Il existe un Conseil des sciences humaines, un Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie et un Conseil de recherches médicales. Il ne faut pas oublier le Conseil national de recherches, qui s'occupe principalement des programmes de recherche intégrés. Le CRM n'a pas ses propres laboratoires.

**M. Lesick:** Monsieur le président, je me pose certaines questions. Vous n'êtes pas payé pour être le président, n'est-ce pas? Vous offre-t-on un salaire à titre de président du Conseil de recherches médicales?



[Texte]

**Dr. Bois:** The president is paid but not the members.

**Mr. Lesick:** All right. I will tell you the reason I was asking. I also am a member of a professional organization, and the president of my organization is usually not paid. But I understand a research council is different from a professional organization.

You require as a president the vigour, the vitality and a vision of what you believe should be done and what the research council should go ahead into. You have mentioned you like to follow the traditional lines of thinking and of belief and of research. But when you are presenting main estimates, you are talking of money. When we talk of research, we think of what we are doing and what we believe in and what our vision and what we are experimenting with. But when you are talking of money, suddenly you are asking how we can get something. Sometimes it is different from our research. I have asked you this question in particular with due respect to your position, which is not an easy position and one that demands a great deal of your time.

As for not cut-backs but rather a lesser amount of increases, how can you see yourself as an academic trying to raise more money not only from the government but also from the private sector in order to raise more money for what you believe should be done in the experimental area medicine is going into? So tell me how you and your colleagues can work in this area if you are really trained for academia rather than in the area of fund-raising, saying we need more help, we need more assistance, we need more involvement by the private sector as well as government.

**Dr. Bois:** When you begin a career in research, I think at the same time somehow you have some kind of diploma to ask for money. It just seems to go together. At the council, members and committees discuss extremely difficult issues and difficult choices. But on the other side of the coin, we have \$167 million to work with this year. It is still a good amount of funding, although researchers will say we need more. They are quite right; we have established according to our projections of past years that we could spend an amount of \$178 million. We could spend this year \$178 million. Of course, the researchers will always need more money. But according to our projections, our populations, the potential there, we could use \$178 million. We have only \$157 million. So this is a problem. But it is very challenging to have to try to do the best with these funds.

• 2115

**Mr. Lesick:** Dr. Bois, you need another \$21 million from the private sector. Is that correct?

[Traduction]

**Dr Bois:** Le président est rémunéré, mais les membres ne le sont pas.

**M. Lesick:** Bien. Permettez-moi de vous expliquer pourquoi je pose cette question. Je suis également membre d'une organisation professionnelle dont le président n'est habituellement pas rémunéré. Mais je sais qu'un Conseil de recherche n'est pas tout à fait la même chose qu'une organisation professionnelle.

À titre de président, vous devez faire preuve d'entrain, de vitalité, et décider de fait quelles devraient être les activités du conseil. Vous avez dit que vous aimiez les façons traditionnelles de penser, de procéder et d'effectuer les travaux de recherche. Mais lorsque vous présentez le budget de dépenses, vous parlez d'argent. Lorsque nous parlons de recherche, nous pensons à ce que nous faisons, à ce que nous croyons, à ce que nous espérons obtenir et aux expériences que nous effectuons. Mais lorsque vous parlez d'argent, vous demandez comment obtenir quelque chose. Parfois, ce n'est pas la même chose que la recherche. Je vous ai posé cette question à cause de votre rôle, qui n'est pas facile et qui demande sans aucun doute beaucoup de temps.

Passons maintenant à une autre question, soit le ralentissement des augmentations et non pas les réductions. Comment pouvez-vous, à titre d'universitaire, obtenir plus d'argent non seulement du gouvernement mais également du secteur privé afin d'avoir les ressources nécessaires pour effectuer les travaux que vous jugez nécessaires dans le domaine de la médecine expérimentale? Comment pouvez-vous, vous et vos collègues y arriver si la formation que vous avez reçue est une formation universitaire plutôt qu'une formation de collecteur de fonds; comment pouvez-vous arriver à dire que vous avez besoin de plus d'aide, d'une plus grande participation du secteur privé ainsi que du gouvernement?

**Dr Bois:** Lorsque vous faites carrière dans le secteur de la recherche, je crois que vous avez en quelque sorte un diplôme qui vous permet de demander de l'argent. Ces choses semblent simplement aller ensemble. Pour ce qui est du conseil, les membres et les comités discutent de questions fort épineuses et ils doivent faire des choix pénibles. Cependant, nous avons cette année un budget de 167 millions de dollars. C'est tout de même un bon montant, même si les chercheurs diront qu'ils ont besoin de plus d'argent. Ils ont raison; de fait, en nous fondant sur nos prévisions des années précédentes, nous avons calculé que nous pourrions dépenser 178 millions de dollars. Nous pourrions en effet dépenser cette année 178 millions de dollars. Évidemment, les chercheurs auront toujours besoin de plus d'argent. D'après nos prévisions, le nombre d'années-personnes, les perspectives, nous pourrions utiliser 178 millions de dollars. Nous n'en avons que 157. C'est un problème. C'est un défi intéressant qu'il nous faut relever; il nous faudra nous débrouiller avec ces ressources.

**M. Lesick:** Monsieur Bois, vous avez besoin de 21 millions de dollars de plus du secteur privé. Est-ce exact?

[Text]

**Dr. Bois:** Yes.

**Mr. Lesick:** What are you doing as an academic and a leader of the council to try to raise this money? What is your philosophy?

**Dr. Bois:** For the private sector it is a system of joint funding. We have a number of excellent researchers who are also very good entrepreneurs.

I have with us Mr. Beauchemin, who is very knowledgeable about the pharmaceutical industry and medical devices. A good entrepreneur succeeds.

**Mr. Lesick:** You are suggesting to us that you are not only academically qualified but entrepreneurial enough to raise the money. What are you doing to bring a greater vigour in entrepreneurial spirit to the council?

**Dr. Bois:** The council's communications with universities, hospitals, and industry appears to be working. The question is how much we ought to emphasize this as opposed to basic research. That is an issue we will probably know a bit more about next year. We are in the first stage of that development. But it works.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Mr. Tupper.

• 2120

**Mr. Tupper:** Dr. Bois, I just wanted to make sure I understood a reply to my colleague from Edmonton that in fact if you were advising this committee tonight about an adequate level of funding for your council in the present year then the figure would be \$178 million.

**Dr. Bois:** This is the figure derived from the projection of our five-year plan of 1983.

**Mr. Tupper:** All right, fine.

**Dr. Bois:** It had been adjusted because in any budgetary request there is always a reduction. According to what is presently going on, what is possible and realistic now, we could easily use \$178 million without—

**Mr. Tupper:** Excuse me. This was a five-year plan developed by your own council?

**Dr. Bois:** Yes, and that had been approved by government in 1983 and funded for two years with some real growth, which was phasing out, more or less, by 1988. So that is why I can give this figure according to that plan, but of course this has been changed quite a bit now.

**Mr. Tupper:** On your matching funding program, I gather your council has decided that it will disburse the matching funds rather than directing them to the

[Translation]

**Dr Bois:** Oui.

**M. Lesick:** Que faites-vous à titre d'universitaire et de président du conseil pour obtenir cet argent? Comment vous y prenez-vous?

**Dr Bois:** Il s'agit d'un programme de financement commun de la part du secteur privé. Nous avons de très bons chercheurs, qui sont également de très bons entrepreneurs.

Prenons, par exemple, M. Beauchemin, qui est un expert dans le domaine de l'industrie pharmaceutique et des instruments médicaux. Un bon entrepreneur réussit.

**M. Lesick:** Vous nous dites donc que vous avez les connaissances nécessaires et qu'en plus vous connaissez suffisamment le monde des affaires pour obtenir cet argent. Que faites-vous pour éveiller l'esprit d'entrepreneur des membres du conseil?

**Dr Bois:** Les échanges que le conseil a avec les universités, les hôpitaux et le secteur semblent porter fruit. La question cependant est de savoir jusqu'à quel point nous devons insister sur cet aspect plutôt que sur la recherche de base. Nous en connaissons probablement un peu plus long à cet égard l'année prochaine. Nos activités dans ce secteur en sont encore à leur début. Cela semble très efficace.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Monsieur Tupper.

**M. Tupper:** Monsieur Bois, je veux m'assurer que j'ai bien compris la réponse que vous avez donnée à mon collègue d'Edmonton; vous avez dit qu'un niveau de financement adéquat pour votre conseil pendant l'année en cours serait de 178 millions de dollars.

**Dr Bois:** C'est le chiffre auquel nous sommes arrivés lors des prévisions établies pour notre programme quinquennal de 1983.

**M. Tupper:** C'est bien.

**Dr Bois:** Évidemment, il y a eu certains rajustements parce que, dans une demande d'affectation de crédit, il y a toujours une réduction. Si l'on se fie aux activités en cours, à ce qu'il est possible et réaliste de faire, nous pourrions facilement utiliser 178 millions de dollars sans...

**M. Tupper:** Je m'excuse. Il s'agit d'un programme quinquennal préparé par votre conseil?

**Dr Bois:** Oui; il avait été approuvé par le gouvernement en 1983. Pendant les deux premières années, il y a eu une augmentation marquée du financement. Cette augmentation devait diminuer, puis disparaître d'ici 1988. C'est pourquoi je peux vous donner un chiffre tiré de ce plan. Évidemment, les choses ont beaucoup changé depuis.

**M. Tupper:** Passons maintenant à votre programme de financement de contrepartie. Votre conseil a donc décidé qu'il dépenserait lui-même ces montants au lieu de les



[Texte]

researcher or to the institution that raised them or earned them, as it were. Did I understand that clearly?

**Dr. Bois:** Not specifically. We are in such a tight situation that—

**Mr. Tupper:** I am speaking about the policy issue now of how the matching funds are disbursed.

**Dr. Bois:** Yes, but the matching funds are provided to the council by Treasury Board, added to our budget. So we have one budget; we do not have two or three segments in the budget. That is one budget. That includes the \$10 million. That is one side of it. The other side is that we also have a joint funding program; that is, university-industry programs. These programs are designed to fund projects jointly with industry.

**Mr. Tupper:** I want to focus in on the matching funding, though. I want to make sure I understand that the council has reserved the right to dispense the matching funds to places other than the institution or researcher that earned them.

**Dr. Bois:** But that in itself is in the rules of the matching plan.

**Mr. Tupper:** Well, I think your council had that choice. You really laid down those ground rules as a council, did you not?

**Dr. Bois:** As an individual, because those rules took a number of meetings and many months of discussion. In fact, I must confess that after the month of October last year I did not want to hear about it any more, and I was not the only one.

The principle is in the summary of the rules, the third one:

The Granting Councils will determine how these federal matching funds are to be distributed across the range of their programs.

That applies to the three councils.

**Mr. Tupper:** Yes.

**Dr. Bois:** And that is indeed what we do.

**Mr. Tupper:** But you as a council had that choice as to how you would disburse them—

**Dr. Bois:** Oh yes.

**Mr. Tupper:** —and you have elected not to redirect the moneys to the institution or researcher that developed them. That is either yes or no. I just want to make sure I understand.

**Dr. Bois:** It is yes and no. In some cases it is totally immaterial because the funds have been provided undirected by the private sector—to a hospital, for instance. These are recorded and are eligible for matching to us. So in that case it is a non-issue. You see, the difference—

[Traduction]

offrir aux chercheurs ou à l'institution qui les obtenus ou gagnés. Est-ce que j'ai bien compris?

**Dr Bois:** Pas tout à fait. Notre budget est si serré que. . .

**M. Tupper:** Je parle de l'utilisation des subventions de contrepartie.

**Dr Bois:** Oui, je le sais, mais ce financement de contrepartie est offert au conseil par le Conseil du Trésor et vient s'ajouter à notre budget. Nous avons donc un budget. Il n'y a pas deux ou trois divisions distinctes. Il y a un budget, qui inclut les 10 millions de dollars. C'est un aspect seulement. L'autre est que nous avons également un programme de financement de contrepartie, c'est-à-dire des programmes université-industrie. Ces programmes visent à financer conjointement avec l'industrie certains projets.

**M. Tupper:** Je veux qu'on parle du financement de contrepartie. Je veux m'assurer que j'ai bien compris. Le conseil se réserve le droit d'affecter ces montants à d'autres programmes ou à d'autres groupes que l'institution ou le chercheur qui l'obtient.

**Dr Bois:** Cela fait partie des règles du jeu du programme de financement de contrepartie.

**M. Tupper:** Je crois que votre conseil avait le choix. C'est le conseil qui a simplement adopté ce règlement. Est-ce exact?

**Dr Bois:** Ce règlement est le résultat de plusieurs réunions et de plusieurs mois de discussions. De fait, je dois reconnaître qu'après le mois d'octobre l'année dernière, je ne voulais plus en entendre parler, et je n'étais pas le seul.

Ce principe se trouve dans le résumé des règles, au troisième paragraphe:

Ce sont les conseils qui décideront à quel programme ces financements de contrepartie du gouvernement fédéral seront affectés.

Ce règlement s'applique aux trois conseils.

**M. Tupper:** Oui.

**Dr Bois:** C'est ce que nous faisons.

**M. Tupper:** Mais à titre de conseil, vous aviez le choix quant à la ventilation. . .

**Dr Bois:** Oui.

**M. Tupper:** . . . et vous avez choisi de ne pas réaffecter ces fonds à l'établissement ou au chercheur qui les a obtenus. La réponse est bien simple: oui ou non. Je veux simplement m'assurer que j'ai bien compris.

**Dr Bois:** C'est oui et non. Dans certains cas, cela n'a absolument rien à voir puisque cet argent a été offert par le secteur privé—à un hôpital. Ces dons sont consignés et peuvent faire l'objet de dons en contrepartie. En l'occurrence, la question est sans objet. Vous voyez, la différence. . .



[Text]

[Translation]

• 2125

**Mr. Tupper:** The matching money goes to that institution.

**Dr. Bois:** The matching money in that case would go anywhere; it would go to any project of MRC. But in other instances—

**Mr. Tupper:** It would go to any project?

**Dr. Bois:** Yes.

**Mr. Tupper:** Well then it is not immaterial.

**Dr. Bois:** Yes, because the matching rules say that any contribution from the private sector that is in the area of health science research is eligible for matching. But that contribution in itself may be a donation.

**Mr. Tupper:** Indeed.

**Dr. Bois:** Fine. In some cases it is a donation that is made with the purpose of acquiring some equipment, and the applicant or the one who receives the money in the hospital will apply it to MRC and will apply to ask Mr. Beauchemin, who will say okay, submit an application for that equipment. We will evaluate the request and we can provide funding toward this equipment, added to the donation from the private sector. That is one situation.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Mr. Orlikow, we will give you the last round here, five minutes please. Then we are going to take some votes on this issue.

**Mr. Orlikow:** I guess what disturbs me more than anything else about what I see happening to research is the first-hand evidence I receive from people in the field who write me. Let me quote a couple of paragraphs from a professor of medicine at the University of Western Ontario who wrote to me in December of last year. I will just read you two paragraphs:

I am a medical researcher and teacher for more than 20 years. Never in my career until now have I despaired of the future of basic scientific investigation in Canada. In recent years I have gone to great lengths to train young scientists and support their training in other centres at Canadian expense, only to lose them to the United States because they are unable to obtain research funding in Canada.

It takes decades to develop a mature scientific atmosphere, and this only comes about through having a stable environment in which intellectual continuity is allowed to continue without interruption. The present disruption that is being brought about by the discontinuation of funding will take many years to repair, even if funding is promptly restored.

I would like to ask you, doctor, how would you answer that letter? Can you tell me what answer I could give that person?

**M. Tupper:** Les fonds en contrepartie vont à cette institution.

**Dr. Bois:** Ces fonds peuvent aller ailleurs, à un projet du CRM, par exemple. Mais dans d'autres cas. . .

**M. Tupper:** A n'importe quel autre projet?

**Dr. Bois:** Oui.

**M. Tupper:** Alors la question n'est pas sans objet.

**Dr. Bois:** Si, car selon les règles, toute contribution du secteur privé en matière de recherche de santé peut donner lieu à des fonds en contrepartie. Mais cette contribution elle-même peut être un don.

**M. Tupper:** Tout à fait.

**Dr. Bois:** Bien. Dans certains cas, le don a pour but l'acquisition d'un appareil quelconque; le requérant ou celui qui reçoit l'argent à l'hôpital présente une demande au CRM et s'adresse à M. Beauchemin, qui autorise la demande concernant cet appareil. Une fois cette requête évaluée, nous pouvons contribuer au financement de cet appareil, compte tenu de la somme reçue du secteur privé. Voilà un cas.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Monsieur Orlikow, je vous accorde le dernier tour, cinq minutes, s'il vous plaît. Nous allons ensuite passer aux votes.

**M. Orlikow:** Pour ce qui est de la recherche, ce qui me perturbe le plus, ce sont les témoignages que je reçois de première main dans les lettres que les gens m'écrivent. Permettez-moi de vous citer des extraits d'une lettre que j'ai reçue en décembre dernier, de la part d'un professeur de médecine à l'Université de *Western Ontario*. Je vous en lirai simplement deux paragraphes:

Je suis chercheur médical et enseignant depuis plus de 20 ans. Au cours de ma carrière, je n'ai jamais désespéré jusqu'ici de l'avenir de la recherche scientifique fondamentale au Canada. Ces dernières années, je me suis efforcé de former de jeunes scientifiques et de concourir à la formation dans d'autres centres aux frais du Canada, mais ils vont ensuite travailler aux États-Unis, parce qu'ils ne peuvent obtenir au Canada de fonds de recherche.

Il faut des décennies pour créer un climat scientifique convenable, qui ne peut provenir que d'un environnement stable, dans lequel une certaine continuité intellectuelle s'établit sans interruption. Le bouleversement actuel provoqué par l'interruption du financement se fera encore sentir pendant bien des années, même si les fonds sont promptement fournis à nouveau.

Puis-je vous demander, monsieur, ce que vous répondriez à cette lettre? Quelle réponse pourriez-vous fournir à cette personne?

[Texte]

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, I must say that I also received some letters of the same type, and some that are of a different kind but with the same problem. What I think can be said is that in the end we have been able to maintain about the same level of support in the past two or three years, both for grants as well as for awards. That there is a reduction now is certainly true, but the outlook is not that bad; the outlook is that we will have some real growth starting next year and for the next two years—that is for the next three years. So that is the one side of it. On the other side—

**Mr. Orlikow:** But you are facing a situation of new techniques, the new technology, the new biotech and gene-splitting in other countries. You have an explosion of new discoveries. I am told by a senior medical researcher at the University of Manitoba that in the United States there is one company, Genentech, which got started in 1979 and now has assets of over \$1 billion and employs 1,500 people. It seems to me that when you compare that with what is happening in Canada, we are going to be like a Third World country.

• 2130

**Dr. Bois:** I do not think so, because we have a few assets of our own. In fact, their Genentech uses some of the discoveries made here in Canada, and as a matter of fact has collaborations in Vancouver and also in the country. I do agree though that we could make a stronger effort, that we have the resources and we have the people and the talent.

**Mr. Orlikow:** We do not have the resources. Let me just quote from a letter I got from a professor in the Department of Microbiology and Infectious Diseases at the University of Alberta. I hope my colleague from Edmonton will listen to this.

**Mr. Lesick:** I am listening.

**Mr. Orlikow:** I will just read you one paragraph. This person says:

The plan of the present government to set up a system of matching grants may have some merit in certain areas of science. This plan will have little significance in the health sciences. In my area of interest, sexually transmitted diseases, funding in most areas has been curtailed because of demands for research into the recently recognized disease, AIDS.

Again, here we have not a Member of Parliament, not somebody who just wants to criticize the government. Here is a person working in the field, a dedicated person, I am sure working for substantially less than that person could get in private practice, working for what this person wants to do and wants to do effectively, and saying that the present funding and the proposed increases for matching grants just are not going to work for that type of researcher.

[Traduction]

**Dr Bois:** Monsieur le président, je dois dire que j'ai reçu également quelques lettres de ce genre; j'en ai aussi reçu d'autres, qui sont différentes, mais qui portent sur le même problème. Ce que l'on peut dire, en fin de compte, c'est que nous avons pu maintenir le même niveau de financement depuis deux ou trois ans, tant pour les subventions que pour les bourses. Certes, les fonds sont moins importants en ce moment, mais les perspectives ne sont pas si mauvaises que cela; on prévoit une augmentation de fonds pour l'an prochain et au cours des deux années qui suivront—pendant les trois prochaines années, donc. Voilà un aspect de la question. D'autre part. . .

**M. Orlikow:** Mais vous devez faire face à l'innovation sur le plan de la technique, de la technologie, de la biotechnique et de la fission des gènes dans d'autres pays. Les découvertes se multiplient à l'infini. Un chercheur médical principal de l'Université du Manitoba m'a dit qu'aux Etats-Unis, il y a une société, Genentech, qui a été fondée en 1979 et qui possède aujourd'hui des avoirs de plus de 1 milliard de dollars et compte 1,500 employés. Si l'on compare cela à ce qui se fait au Canada, il me semble que nous avons l'air d'un pays du tiers monde.

**Dr Bois:** Je ne le crois pas, car nous avons, nous aussi, un certain actif. En fait, Genentech s'est prévalu de certaines découvertes faites ici même au Canada; elle compte des collaborateurs à Vancouver et ailleurs au pays. Je crois bien toutefois que nous pourrions intensifier notre effort, car nous avons les ressources, les gens et les talents voulus.

**M. Orlikow:** Nous n'avons pas les ressources. Permettez-moi de vous citer un passage d'une lettre que j'ai reçue d'un professeur de l'Université de l'Alberta, département de microbiologie et des maladies infectieuses. J'espère que mon collègue d'Edmonton va écouter cela.

**M. Lesick:** J'écoute.

**M. Orlikow:** Je ne vais en lire qu'un seul paragraphe. Le voici:

Le régime installé par le gouvernement actuel, soit de prévoir des fonds en contrepartie, peut avoir du bon dans certains domaines de la science. Toutefois ce régime n'aura guère d'impact dans le domaine des sciences de la santé. Dans ma discipline, celle des maladies sexuellement transmises, les fonds ont presque partout été comprimés, parce que les fonds de recherche vont surtout à une maladie nouvellement identifiée, le SIDA.

Encore une fois, il ne s'agit pas d'un député, de quelqu'un qui veut critiquer le gouvernement. Il s'agit d'une personne travaillant sur le terrain, une personne dévouée, qui gagne moins, j'en suis sûr, que ce qu'elle pourrait obtenir dans le secteur privé, parce qu'elle veut faire quelque chose de précis et pouvoir bien le faire; elle dit que, dans son domaine de recherche, les fonds actuels et l'augmentation prévue des fonds en contrepartie ne lui apporteront aucune aide.



[Text]

**Dr. Bois:** Mr. Chairman, this is true for some areas of research. The matching grants were not invented by MRC, by the way. But I would like to say though, curiously, referring to AIDS, for instance, just recently some researchers, funded by MRC and working let us say in basic research on viruses, have observed the possibility of producing a new diagnostic kit for AIDS. In fact, this is so interesting that American and Canadian companies are going to bring some funds to that, as well as MRC, and that finally what was apparently not related to applications or to matching, became extremely interesting. So I agree that there are areas that are very far from matching possibilities. But on the other side of the coin, it is amazing sometimes how some new observations might become applicable and promising in this area.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Excuse me, Mr. Orlikow. I have allowed you almost nine minutes. I had indicated there were only five left. I am going to have to cut it off here, I am afraid.

Je remercie le Dr Bois et ses collègues pour leur participation.

Thank you very much for your excellent input.

**Dr Bois:** Merci beaucoup, monsieur le président.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** We have kind of a housekeeping item to do here before we get to some of the votes. In order to authorize the committee to travel to Toronto and British Columbia and Edmonton, as is proposed, I am going to ask that somebody move. . . It is a procedural matter to be put before the House tomorrow, I think. I shall read this. I ask that someone move that this committee report to the House seeking authority to travel to Toronto from May 20, 1987, to May 22, 1987, and to Victoria, Vancouver, Alkali Lake, Meares Island in British Columbia, and Edmonton, Alberta, from May 31 to June 4, 1987, and that the necessary staff do accompany the committee. Would some member move it? Mr. McCrossan.

• 2135

**Mr. McCrossan:** I so move.

Motion agreed to.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you. Since this is our final night to discuss the main estimates for the Ministry of National Health and Welfare, which includes Fitness and Amateur Sport, I am going to ask that we call the various votes. There are 12 of them. Shall I go through them one at a time? It is the normal procedure. Do you want me to explain the votes briefly, or do you take it on faith that we are going to approve a lot of money here in a few minutes?

**An hon. member:** Just call the votes.

[Translation]

**Dr Bois:** Monsieur le président, ceci est vrai dans certains domaines de recherche. Soit dit en passant, ce n'est pas le CRM qui a inventé les fonds en contrepartie. Chose curieuse, toutefois, en parlant du SIDA, certains chercheurs financés par le CRM pour effectuer des recherches fondamentales sur les virus, ont tout récemment observé la possibilité de produire une nouvelle trousse diagnostique pour le SIDA. En fait, les résultats sont tellement intéressants qu'ils ont pu obtenir des fonds de la part de certaines sociétés canadiennes et américaines, le CRM mis à part, de sorte qu'un travail apparemment non lié aux applications ou aux fonds en contrepartie est devenu extrêmement intéressant. Je conviens toutefois que, dans certains domaines, les fonds en contrepartie ne permettent pas d'épuiser toutes les possibilités. D'autre part, il est parfois étonnant de voir de nouvelles observations devenir applicables et prometteuses dans ce domaine.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Pardon, monsieur Orlikow. Je vous ai accordé près de neuf minutes. J'ai indiqué qu'il ne nous restait que cinq minutes. Je dois donc vous interrompre.

I wish to thank Dr. Bois and his colleagues for their participation.

Je vous remercie beaucoup de votre excellente participation.

**Dr. Bois:** Thank you very much, Mr. Chairman.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Nous devons expédier certaines affaires courantes avant de passer au vote. Afin de permettre au Comité de se rendre à Toronto, en Colombie-Britannique et à Edmonton, comme il est proposé, je vais demander que quelqu'un présente. . . La Chambre doit être saisie demain de cette question de procédure, je crois. Je vais la lire. Je demande que quelqu'un propose que notre Comité fasse rapport à la Chambre et demande l'autorisation de se rendre à Toronto du 20 au 22 mai 1987, puis à Victoria, Vancouver, Alkali Lake, Meares Island en Colombie-Britannique, et à Edmonton, en Alberta, du 31 mai au 4 juin 1987, et de pouvoir être accompagné du personnel nécessaire. Est-ce qu'un député voudrait proposer cette motion? Monsieur McCrossan.

**M. McCrossan:** Je la propose.

La motion est adoptée.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci. Etant donné que c'est la dernière soirée où nous discuterons du budget principal des dépenses pour le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qui comprend la condition physique et le sport amateur, je vais demander que nous mettions aux voix les divers crédits. Il y en a 12. Voulez-vous que je procède de la façon habituelle, c'est-à-dire que j'explique brièvement les crédits, ou voulez-vous croire sur parole que nous allons approuver beaucoup d'argent en quelques minutes?

**Une voix:** Mettez simplement les crédits aux voix.



[Texte]

Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, and 60 agreed to.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** These are the votes that are directly related to the Minister of National Health and Welfare. I would also like to ask that vote 65 and vote 70, which relate to the Medical Research Council, carry.

Votes 65 and 70 agreed to.

**The Acting Chairman (Mr. Turner (Ottawa—Carleton)):** Thank you very much. You have just spent \$29.205 billion.

I thank all the staff and the interpreters for being very patient with us this evening. The committee stands adjourned to the call of the Chair.

[Traduction]

Les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, et 60 sont adoptés.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Ces crédits sont directement liés au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. J'aimerais en outre demander l'adoption des crédits 65 et 70 relativement au Conseil des recherches médicales.

Les crédits 65 et 70 sont adoptés.

**Le président suppléant (M. Turner (Ottawa—Carleton)):** Merci beaucoup. Vous venez tout juste de dépenser 29,205 milliards de dollars.

Je remercie tout le personnel et les interprètes d'avoir été aussi patients avec nous ce soir. La séance est levée jusqu'à nouvelle convocation.













*If undelivered, return COVER ONLY to:  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9*

---

#### WITNESSES

*From the 1988 Olympic Winter Games Office:*

Gerald A. Berger, Federal Coordinator.

*From the Medical Research Council:*

Dr. Pierre Bois, President.

#### TÉMOINS

*Du bureau des Jeux Olympiques d'hiver 1988:*

Gerald A. Berger, coordonnateur fédéral.

*Du Conseil de recherches médicales:*

D<sup>r</sup> Pierre Bois, président.



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 19

Thursday, May 21, 1987

Chairman: Bruce Halliday

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 19

Le jeudi 21 mai 1987

Président: Bruce Halliday

---

*Minutes of Proceedings and Evidence of the  
Standing Committee on*

*Procès-verbaux et témoignages du Comité  
permanent*

## National Health and Welfare

## Santé nationale et Bien-être social

---

RESPECTING:

Order of Reference pursuant to Standing Order  
96(2) relating to the mandate of the Department of  
National Health and Welfare with regard to the  
study of alcohol and drug abuse

CONCERNANT:

Ordre de renvoi conformément à l'article 96(2) du  
Règlement, relatif au mandat du ministère de la  
Santé nationale et du Bien-être social relativement à  
l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues

---

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS:

(Voir à l'endos)

Second Session of the Thirty-third Parliament,  
1986-87

Deuxième session de la trente-troisième législature,  
1986-1987

STANDING COMMITTEE ON NATIONAL HEALTH  
AND WELFARE

*Chairman:* Bruce Halliday

*Vice-Chairman:* Barry Turner

Members

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

Patricia Russell

*Clerk of the Committee*

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE  
ET BIEN-ÊTRE SOCIAL

*Président:* Bruce Halliday

*Vice-président:* Barry Turner

Membres

Sheila Copps  
Moe Mantha  
W. Paul McCrossan  
Howard McCurdy  
Brian White

(Quorum 4)

*Le greffier du Comité*

Patricia Russell

**MINUTES OF PROCEEDINGS**

THURSDAY, MAY 21, 1987

(24)

[Text]

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 9:08 o'clock a.m., in Toronto, Ontario, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member present:* Gilles Grondin for Sheila Copps.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton and Paul Rosenbaum, Research Officers.

*Witnesses: From the Addiction Research Foundation:* Dr. Joan Marshman, Director; William Becks, Treatment Services Consultant, Community Services Division; Garth Martin, Head, Sociobehavioural Treatment Services. *From the Council on Drug Abuse:* Fred Burford, President; Michael Harrison, Executive Vice-President.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

Dr. Joan Marshman made an opening statement and answered questions.

William Becks made an opening statement and answered questions.

At 10:30 o'clock a.m., the sitting was suspended.

At 10:37 o'clock a.m., the sitting resumed.

Garth Martin made an opening statement and answered questions.

Fred Burford made an opening statement and, with the other witness, answered questions.

At 12:25 o'clock p.m., the Committee adjourned until this afternoon.

**AFTERNOON SITTING (25)**

The Standing Committee on National Health and Welfare met, at 1:26 o'clock p.m., in Toronto, Ontario, this day, the Chairman Bruce Halliday presiding.

*Members of the Committee present:* Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Acting Member present:* Gilles Grondin for Sheila Copps.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Garth McNaughton and Paul Rosenbaum, Research Officers.

**PROCÈS-VERBAUX**

LE JEUDI 21 MAI 1987

(24)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 9 h 08, à Toronto, en Ontario, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* Gilles Grondin remplace Sheila Copps.

*Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton et Paul Rosenbaum, attachés de recherche.

*Témoins: De l'Addiction Research Foundation:* Docteur Joan Marshman, directrice; William Becks, conseiller en matière de traitement, Division des services communautaires; Garth Martin, chef, *Sociobehavioural Treatment Services*. *Du Council on Drug Abuse:* Fred Burford, président; Michael Harrison, vice-président exécutif.

En vertu de l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité continue d'examiner l'ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif de l'alcool et des stupéfiants.

Le docteur Joan Marshman fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

William Becks fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 10 h 30, le Comité interrompt les travaux.

À 10 h 37, le Comité reprend les travaux.

Garth Martin fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Fred Burford fait une déclaration préliminaire, puis lui-même et l'autre témoin répondent aux questions.

À 12 h 25, le Comité interrompt les travaux pour les reprendre cet après-midi.

**SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI (25)**

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit, aujourd'hui à 13 h 26, à Toronto, en Ontario, sous la présidence de Bruce Halliday, (président).

*Membres du Comité présents:* Bruce Halliday, Paul McCrossan, Barry Turner, Brian White.

*Membre suppléant présent:* Gilles Grondin remplace Sheila Copps.

*Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement:* Garth McNaughton et Paul Rosenbaum, attachés de recherche.



*Witnesses: From the Addiction Research Foundation:* Bruce Cunningham, Employee Assistance Program; Dr. Donald Meeks, Training; Dr. Michael Goodstadt, Head, Education Research Foundation; Henry Schankula, Director, Education Resources Division. *From the Ottawa Board of Ottawa:* Don K.M. Smyth, Drug and Alcohol Abuse Consultant.

The Committee resumed consideration of the Order of Reference pursuant to Standing Order 96(2) relating to the mandate of the Department of National Health and Welfare with regard to the study of alcohol and drug abuse.

Bruce Cunningham made an opening statement and answered questions.

Dr. Donald Meeks made an opening statement and answered questions.

At 2:40 o'clock p.m., the sitting was suspended.

At 3:00 o'clock p.m., the sitting resumed.

Don K.M. Smyth made an opening statement and answered questions.

Dr. Michael Goodstadt made an opening statement and answered questions.

Henry Schankula made an opening statement and answered questions.

At 5:09 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Patricia Russell  
*Clerk of the Committee*

*Témoins: De l'Addiction Research Foundation:* Bruce Cunningham, Programme d'aide aux employés; docteur Donald Meeks, Formation; docteur Michael Goodstadt, chef, *Education Research Foundation*; Henry Schankula, directeur, Division des ressources pédagogiques. *Du Conseil scolaire d'Ottawa:* Don K.M. Smyth, conseiller en matière d'usage abusif d'alcool et de stupéfiants.

En vertu de l'autorité que lui confère l'article 96(2) du Règlement, le Comité continue d'examiner l'ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social en ce qui a trait à l'étude de l'usage abusif de l'alcool et des stupéfiants.

Bruce Cunningham fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Le docteur Donald Meeks fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 14 h 40, le Comité interrompt les travaux.

À 15 heures, le Comité reprend les travaux.

Don K.M. Smyth fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Le docteur Michael Goodstadt fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

Henry Schankula fait une déclaration préliminaire et répond aux questions.

À 17 h 09, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

*Le greffier du Comité*  
Patricia Russell

## EVIDENCE

(Recorded by Electronic Apparatus)

[Texte]

Thursday, May 21, 1987

• 0900

**The Chairman:** The Chair sees a quorum for the hearing of witnesses.

We are here today pursuant to the order of the House of Commons dated May 14, 1987. The Standing Committee on National Health and Welfare thereby is authorized to hold public hearings concerning the committee's ongoing study on alcohol and drug abuse. And in that regard, I want to say how pleased the committee is to be here today at the Addiction Research Foundation, in Ontario.

And we want, on behalf of the committee, to thank you, Dr. Marshman, and your colleagues from the ARF who very kindly offered us your facilities for these public hearings. We had the privilege of hearing from some of your colleagues earlier in our efforts in this regard, but we appreciate the chance to be down here now and hear from yourself and others as well. We are nearing the end of our hearings on the subject of illicit and other drugs, and we are looking forward to the two days here where we will get a better understanding of the work the ARF does, as well as hear from other people knowledgeable in the field. And so we are happy to welcome you before the committee.

I understand you want to talk to us a little bit about the ARF in general, and we look forward to getting a better understanding of the basics of the foundation, and then we will perhaps have some time for questions following your presentation. Dr. Marshman.

**Dr. Joan Marshman (Director, Addiction Research Foundation):** Thank you, Mr. Chairman.

Mr. Chairman and members of the committee, on behalf of the Addiction Research Foundation, I want to extend to you a very warm welcome as you meet in our premises. We really do appreciate the opportunity this public hearing gives us and many other individuals and organizations from Ontario, and particularly the metropolitan Toronto area, to share our perspectives with you. We hope the experience will be productive for you.

My comments today will be brief. I will be pleased to answer your questions at the end, but my comments will be at a sort of macro level, and my colleagues, in turn, will be providing you with more detail. But, first, I would like to make a few remarks about the foundation.

## TÉMOIGNAGES

(Enregistrement électronique)

[Traduction]

Le jeudi 21 mai 1987

**Le président:** Je constate qu'il y a quorum pour l'audition des témoins.

Nous sommes réunis aujourd'hui en vertu de l'ordonnance de la Chambre des communes datée du 14 mai 1987. Le Comité permanent sur la santé nationale et le bien-être social est ainsi autorisé à tenir des audiences publiques dans le cadre de son étude en cours sur la consommation abusive d'alcool et de drogue. Et, à cet égard, j'aimerais souligner avec quel plaisir le Comité se réunit ici aujourd'hui à l'*Addiction Research Foundation*, en Ontario.

Au nom du Comité, je veux vous remercier, Docteur Marshman, ainsi que vos collègues de l'ARF qui nous ont gracieusement offert vos installations pour la tenue de ces audiences publiques. Nous avons eu le privilège d'entendre certains de vos collègues à l'occasion d'autres audiences publiques, mais nous sommes heureux d'avoir la chance d'être ici maintenant et de vous entendre ainsi que d'autres. Nous avons presque terminé nos audiences sur les drogues illicites et autres drogues, et nous espérons que ces deux journées nous permettront de mieux comprendre le travail de l'ARF ainsi que d'entendre d'autres personnes compétentes dans le domaine. Nous sommes donc heureux de vous souhaiter la bienvenue devant le Comité.

Je crois savoir que vous désirez nous entretenir un peu sur l'ARF en général et nous espérons en apprendre davantage sur les principes fondamentaux qui guident la Fondation, et nous aurons peut-être le temps de poser quelques questions après votre présentation. Docteur Marshman.

**Dr Joan Marshman (directrice, Addiction Research Foundation):** Merci, monsieur le président.

Monsieur le président et membres du Comité, au nom de *Addiction Research Foundation*, j'aimerais vous souhaiter la plus chaleureuse bienvenue dans les locaux de notre Fondation. Nous apprécions vivement la possibilité que nous offre cette audience publique à nous ainsi qu'à de nombreuses autres personnes et organisations de l'Ontario, et en particulier de la région métropolitaine de Toronto, de partager nos perspectives avec vous. Nous espérons que cette expérience sera enrichissante pour vous.

Aujourd'hui, je formulerai quelques brèves remarques. Je serai heureuse de répondre à vos questions à la fin, mais mes commentaires se situeront à un niveau général, et mes collègues, à leur tour, pourront vous livrer plus de détails. Mais, premièrement, j'aimerais tracer un rapide portrait de la Fondation.

## [Text]

For the record, let me note that the Addiction Research Foundation, founded in 1949, is a statutory agency of the Province of Ontario which provides approximately 93% of our annual operating funds. This year those total operating funds will be about \$31.5 million. An additional 3% is acquired from research funding agencies, including agencies such as the Medical Research Council, and the remainder of our operating funds come from fee-for-service revenue, from the sale of our publications and video productions, and from voluntary donations. We are predominantly an Ontario-funded body; in fact, almost exclusively so.

The foundation's goals can be summarized in a four-fold manner. The first is to develop a better understanding of hazardous use of alcohol, tobacco, and other drugs, and the damage resulting from such use. The second is to develop and make more available in Ontario appropriate services to identify, treat, and rehabilitate individuals and families affected by hazardous use and damage. The third is to develop and make more available in Ontario programs and services to prevent or reduce hazardous use and damage. And the fourth might be viewed in terms of changing the social environment in respect to hazardous use; to develop increased public awareness and knowledge in Ontario concerning such problems; and to effect the adoption of alcohol and other drug-related attitudes, policies, and use practices which are supportive of personal, family, and community health and safety—a major challenge, I think you will agree.

• 0905

So I would like to focus my few comments around these areas.

First, the area of treatment services: As you know, the Government of Ontario has adopted a policy on addiction treatment services that places emphasis on community-based services, on services that span the continuum of care, on service utilization based on systematic assessment of the individual client, and with an emphasis on outpatient and day treatment as opposed to in-patient residential services. In effect, the policy promotes the cost-effective use of treatment service dollars.

Ontario has expanded its community-based addiction services network considerably over the past few years, and the current thrust, as reflected in Ontario's April Speech from the Throne, is services for young people, a target group for which services are inadequate in many parts of this province.

From my perspective, the further development of the treatment system brings into focus several needs.

## [Translation]

Pour votre gouverne, laissez-moi vous rappeler que l'*Addiction Research Foundation*, fondée en 1949, est un organisme statutaire de la province de l'Ontario, laquelle fournit environ 93 p. 100 du budget annuel de fonctionnement de la Fondation. Cette année, le budget total de fonctionnement s'élèvera à environ 31,5 millions de dollars. Un autre 3 p. 100 de ce budget est obtenu des organismes de financement de la recherche, dont des organismes comme le Conseil de recherche médicale, et le reste du budget de fonctionnement provient des recettes tirées de services payants, de la vente de nos publications et de nos productions vidéo et de dons privés. Nous sommes essentiellement un organisme financé par l'Ontario; en fait, presque exclusivement.

Les buts de la Fondation peuvent se définir en quatre volets. Le premier consiste à faire connaître davantage les dangers de la consommation d'alcool, le tabac et d'autres drogues et les conséquences néfastes de cette consommation. Le deuxième volet consiste à créer et offrir davantage de services appropriés en Ontario pour identifier, traiter et réhabiliter les personnes et les familles affectées par la consommation abusive et les effets néfastes de cette consommation. Le troisième consiste à créer et offrir davantage en Ontario de programmes et de services pour prévenir ou réduire la consommation abusive et les effets néfastes de l'alcool et autres drogues. Et le quatrième volet consiste à modifier l'environnement social concernant la consommation abusive d'alcool et autres drogues; à sensibiliser davantage le public ontarien à ces problèmes; et à inciter les Ontariens à adopter des attitudes, des politiques et des formes de consommation à l'égard de l'alcool et d'autres drogues qui favorisent la santé et la sécurité personnelle, familiale et communautaire—vous conviendrez qu'il s'agit là d'un grand défi.

Mes commentaires porteront donc sur ces secteurs.

Premièrement, le secteur des services de traitement. Comme vous le savez, le gouvernement de l'Ontario a adopté une politique sur le service de désintoxication qui met l'accent sur les services communautaires, sur des services qui assurent des soins continus, sur l'utilisation de services fondés sur l'évaluation systématique de chaque client et sur les traitements de jour de patients externes par opposition à des services dispensés à des patients en résidence. En effet, cette politique favorise l'utilisation judicieuse des fonds affectés à la désintoxication.

Au cours des dernières années, l'Ontario a considérablement étendu ses services de désintoxication fondés sur la communauté et la tendance actuelle, qui se traduit dans le discours du trône d'avril de l'Ontario, consiste à offrir des services aux jeunes, un groupe cible qui ne peut compter sur des services adéquats dans de nombreuses régions de la province.

De mon point de vue, l'expansion du réseau de traitement fait apparaître plusieurs besoins.



*[Texte]*

One is the need for fair and equitable federal-provincial cost-sharing of community-based addiction services across this country. You are probably aware that this is currently a focus of federal-provincial discussion.

Second is the need for the identification or development of federal-provincial cost-sharing mechanisms for treatment services for adolescents and their families, which appear not to be covered under the existing vehicles, at least insofar as they are currently being considered.

The third need I perceive is for continuing research into assessment methods for adolescents and young people that will provide a sound basis for individualized treatment plans. In our own work we have been shifting our attention from the mature individual, usually the adult alcoholic, and focusing more attention on younger people and people whose problems are associated with drugs other than alcohol, although alcohol may be part of the picture as well.

Fourth, we see a need for continuing research into the matching of different types of young people to the types of treatment most effective for them—different strokes for different folks, if you will.

Fifth is the need for the training of health and social service professionals in treatment methods and the importance in that education and training of its being accessible to professionals wherever they are located in this province—and, from your point of view, in this country—whether it be in the north and in rural locations or whether it be in urban and metropolitan areas. We believe we have made some progress using current technologies, and we look forward to greater progress in the future.

Secondly, I would like to comment in the area of prevention and health promotion programs and services.

Complementing its commitment to treatment services, the Government of Ontario has committed itself, again in the Speech from the Throne of April 1987, to “promotion of a drug-free lifestyle”.

As you consider the health promotion and problem prevention dimension of alcohol and drug programming, especially in respect to young people, I encourage you to recognize the heterogeneity of this target group. Some young people have never experienced drug use. They have never experimented with drugs. We want to support their choice and reinforce for them the benefits of a drug-free lifestyle. But they are not all kids. Some young people have experimented with drugs, but they are not regular users. My colleagues will have more to say about this later. We want to prevent their becoming regular users and

*[Traduction]*

Le premier est la nécessité d'un partage de coût fédéral-provincial juste et équitable des services de désintoxication fondés sur la communauté dans tout le pays. Vous savez probablement que cette question fait présentement l'objet d'une discussion fédérale-provinciale.

Le deuxième est la nécessité d'identifier ou de mettre au point des mécanismes de partage de coût fédéral-provincial pour les services de traitement destinés aux adolescents et à leurs familles, lesquels ne semblent pas être compris dans les mécanismes existants du moins pour ce qui est des services qui sont présentement envisagés.

Le troisième besoin que je perçois est celui d'une recherche continue sur les méthodes d'évaluation pour les adolescents et les jeunes qui fournira une base solide à l'établissement de programmes de traitement individualisés. Dans notre propre travail, nous nous concentrons moins sur les personnes d'âge mûre, habituellement les alcooliques adultes, et davantage sur les personnes plus jeunes et celles dont les problèmes sont associés avec des drogues autres que l'alcool, bien que l'alcool puisse faire partie également du tableau.

Quatrièmement, nous croyons qu'il faut entreprendre une recherche permanente sur la correspondance des différents types de jeunes aux types de traitements les plus efficaces pour eux—un traitement personnalisé, si vous voulez.

Cinquièmement, il faudra former les professionnels des services sociaux et de santé aux méthodes de traitement et assurer l'accès de cette formation à tous les professionnels où qu'ils se trouvent dans la province—et, de mon point de vue, au pays—que ce soit dans le nord ou en régions rurales ou dans des zones urbaines et métropolitaines. Nous croyons que nous avons réalisé certains progrès à l'aide des technologies actuelles et nous espérons en réaliser davantage à l'avenir.

Deuxièmement, j'aimerais aborder le secteur des programmes et des services de prévention et de promotion de la santé.

En plus de l'engagement qu'il a pris à l'égard des services de traitement, le gouvernement de l'Ontario s'est également engagé, encore une fois dans le discours du trône d'avril 1987, à faire «la promotion des modes de vie sans drogue».

Comme vous étudiez la dimension prévention des problèmes et promotion de la santé des programmes touchant à l'alcool et aux drogues, en particulier en ce qui touche aux jeunes, je vous incite à reconnaître le caractère hétérogène de ce groupe-cible. Certains jeunes n'ont jamais consommé de drogue. Ils n'en n'ont jamais fait l'expérience. Nous voulons appuyer leur choix et mettre en valeur les avantages d'un mode de vie sans drogue. Mais ce n'est pas le cas de tous les jeunes. D'autres ont fait des expériences avec des drogues, mais ce ne sont pas des consommateurs réguliers. Mes collègues en auront

[Text]

encourage and support decisions to terminate their experimentation.

Other young people are regular users, but they are not yet experiencing problems and they do not envisage or contemplate problems in their future. We want to prevent them from developing their problems and encourage and support them in moving away from drug use and towards a healthier lifestyle.

Finally, there are some young people who are already heavily involved in drugs who do have problems, and this is the group that is usually seen as the target for treatment services.

• 0910

But, in effect, the target group for health promotion and problem prevention programs and services constitutes a continuum, and the challenge for us is to move individuals increasingly towards the healthy lifestyle end of this continuum. When one further considers the heterogeneity of the target population in terms of family culture and community culture, then it becomes clear that we really should not expect a single magic-bullet program or service, or a single message, that is going to have an impact on everyone. Rather, we should be looking at a variety of arrows in our quiver. Again, there is the theme of different strokes for different folks in the prevention role as well as in the treatment role.

As we face the challenge of continuing action in this area of health promotion and prevention several needs become apparent, some of them overlapping with the needs in the treatment areas. There is continuing need for careful evaluation of health promotion and prevention programs to determine which are most effective in shifting attitudes and behaviour towards the healthy lifestyle end of the continuum, and for which target group is each particularly effective, in other words, the matching concept. It is very easy to spend money on programming. There is no want of individuals who will mount programs if the money is available. It is much more difficult to know, to be certain, or to have to increase one's probability of spending that money wisely; that is to say, cost effectively, with positive impact.

Second, there is a need for concerted action, for co-operation and collaboration among the various parts of our community—the family, the school, the workplace, the health and social services systems, law enforcement and judicial systems, correctional systems, and, I dare say, all levels of government. It really does take all parts of the community putting its shoulder behind this wheel to make it turn.

Third, there is the need to provide education and training to the personnel in these various systems. Education and training, in my opinion, should include

[Translation]

plus long à dire à ce propos plus tard. Nous voulons les empêcher de devenir des consommateurs réguliers et les inciter à mettre fin à leur expérience.

D'autres jeunes sont des consommateurs réguliers, mais ils ne sont pas aux prises avec des problèmes et ils n'envisagent pas avoir de problème plus tard. Nous voulons les empêcher d'avoir des problèmes et les encourager à cesser la consommation de drogues et à adopter un mode de vie plus sain.

Finalement, il y a quelques jeunes qui sont déjà de grands consommateurs de drogues et qui ont des problèmes, et c'est habituellement ce groupe qui est considéré comme le groupe-cible des services de traitement.

Cependant, de fait, le groupe cible des programmes et des services de prévention et de promotion de la santé forme un continuum et le défi, pour nous, consiste à amener petit à petit les individus au bout de ce continuum, c'est-à-dire à adopter un mode de vie sain. De plus, si on considère l'hétérogénéité de la population cible sur le plan de la culture familiale et la culture collective, il devient donc évident qu'on ne peut s'attendre à ce qu'un seul programme ou service, ou un simple message, puisse magiquement avoir un effet sur tout le monde. Il faut, au contraire, ajouter plusieurs cordes à notre arc. On se trouve à nouveau devant le thème des services personnalisés dans la domaine de la prévention ainsi que dans celui du traitement.

Alors que nous devons assurer une action continue dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, plusieurs besoins apparaissent, certains d'entre eux regroupant ceux du domaine du traitement. Il faut assurer l'évaluation soignée et continue des programmes de prévention et de promotion de la santé afin de déterminer ce qui réussit le mieux à modifier les attitudes et les comportements pour que soit adopté un mode de vie sain, et pour quel groupe cible chaque programme est particulièrement efficace, en d'autres mots, le concept de la correspondance. Il est très facile de dépenser de l'argent à des programmes. Il ne manque pas de personnes pour monter des programmes lorsqu'il y a de l'argent. Il est plus difficile de savoir, d'être certain ou de s'assurer qu'on dépensera l'argent de manière judicieuse; c'est-à-dire avec efficacité en obtenant des effets positifs.

Deuxièmement, il faut une action concertée, une coopération et une collaboration entre les différents éléments de la collectivité. . . la famille, l'école, le lieu de travail, les réseaux de services sociaux et de santé, les systèmes judiciaires et d'application de la loi, les systèmes correctionnels et, pourquoi pas, tous les paliers de gouvernement. Il faut vraiment que toutes les forces de la collectivité mettent l'épaule à la roue pour la faire tourner.

Troisièmement, il faut offrir une formation au personnel de ces différents réseaux. À mon avis, l'éducation et la formation devraient comprendre des



[Texte]

core elements that are consistent across the systems, so that there really is a common core knowledge base, if you like, regardless of whether one is part of the correctional system and involved in counselling, or part of the general educational system, or a well-informed and active parent. And again, such training and education have to be delivered in such a manner as to provide accessibility for people in all systems across the spectrum of the metropolitan area, through northern and rural environment.

Finally, there is a need for a vehicle by which there can be federal-provincial cost sharing of these health promotion and prevention initiatives. This is an area that seems to have fallen outside existing cost-sharing vehicles, insofar as people in the addiction field have been recently exploring them with federal personnel.

The third area of my remarks relates to what I will call the social environment, the fourth goal of the foundation I commented on. I want to speak to the need for change in the social environment. Certainly, increased public awareness and knowledge are important, and they can be viewed as prerequisites for social change. But we face the challenge of changing attitudes, not just instilling knowledge and awareness, concerning drug use and changing personal use practices. While education and legislative and regulatory practices will have some impact in these areas, we need public support to effect those educational, legislative, and regulatory practices, so that they really are interactive.

• 0915

The Foundation recently commissioned a public poll to ascertain the level of public concern in these areas and one of my colleagues will be providing you with some of our results. Let me simply note that there is a high level of public concern in the area and the evidence for this will be provided later. Our challenge, I believe, is to mobilize this public concern in terms of support for public policy which really does have a major public health dimension and mobilize it in terms of focused community action. Within the Province of Ontario the Addiction Research Foundation, as you may know, does have a system of community offices with staff located in about 30 centres which cover effectively the province. We are very strong believers in community-generated action.

What I have made, Mr. Chairman, are some comments relating to what might be seen as goals 2 through 4 of the Foundation. I think, however, the importance of goal 1 becomes obvious to you. The better our understanding of hazardous use and the problems resulting from such use, the higher the probability that we can develop programs both on the treatment side and on the prevention side that will ensure the cost-effective use of our dollars. Therefore, I see research as an underpinning to all of this.

[Traduction]

éléments centraux qui soient cohérents dans tous les systèmes, de façon à ce qu'il y ait vraiment une connaissance de base commune, que l'on fasse partie du système correctionnel et engagé dans des services de conseils ou du système d'éducation générale ou que l'on soit un parent actif et bien informé. Et je répète que cette formation et cet enseignement doivent être dispensés de manière à ce que tout le monde y ait accès, dans tous les systèmes, dans la zone métropolitaine, dans la région du Nord et en milieu rural.

Finalement, il faut qu'il y ait un véhicule qui permette un partage du coût fédéral-provincial de ces initiatives de prévention et de promotion de la santé. Il s'agit d'un domaine qui semble avoir échappé au véhicule existant de partage de coût, du moins pour ce qui est des personnes évoluant dans le domaine de la désintoxication qui ont récemment exploré cette possibilité avec des fonctionnaires fédéraux.

Mes remarques porteront maintenant sur ce que j'appelle le milieu social, le quatre objectif de la fondation que j'ai déjà indiqué. Je veux parler de la nécessité de modifier le milieu social. Il est certainement très important d'accroître les connaissances et la sensibilisation du public et on peut considérer ces éléments comme des prérequis des changements sociaux. Mais nous devons modifier des attitudes, et pas seulement sensibiliser et informer sur la consommation de drogues et la façon de changer ses habitudes personnelles. Bien que l'éducation et les décisions législatives et réglementaires auront un certain effet dans ces domaines, nous avons besoin de l'appui du public pour mettre en vigueur ces mesures éducatives, législatives et réglementaires de façon à ce qu'elles soient vraiment interactives.

La Fondation a récemment conduit un sondage public dans ces domaines et un de mes collègues vous en révélera quelques résultats. Permettez-moi simplement de signaler que le public est grandement préoccupé par la question et que les preuves vous en seront fournies plus tard. Je crois que notre défi est de transformer cette préoccupation du public en appui aux politiques publiques qui comporte vraiment une importante dimension de santé publique et qui favorise l'action communautaire. Comme vous le savez peut-être, l'*Addiction Research Foundation* possède dans la province de l'Ontario un réseau de bureaux communautaires dotés de personnel, situés dans environ 30 centres qui couvrent efficacement la province. Nous croyons fermement aux mesures provenant de la communauté.

Monsieur le président, je vous ai fait part de certains commentaires sur ce qu'on peut considérer comme étant les objectifs 2 à 4 de la fondation. Cependant, je pense que l'importance de l'objectif 1 vous apparaît évident. Si on comprend mieux la consommation abusive d'alcool et de drogues et les problèmes qui en résultent, on risque de mieux être à même de mettre au point des programmes de traitement comme de prévention qui assureront l'utilisation judicieuse de notre argent. Par conséquent, je



[Text]

That is the extent of my opening remarks, Mr. Chairman. I will be pleased to try to deal with your questions.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Marshman. Before I call on our first questioner, Mr. White, I just want to bring to the attention of our witnesses here today, who may have had contact with our committee earlier on, that we are pleased to welcome as a member of the committee today, Gilles Grondin, who is here from the Official Opposition. He is replacing Ms Copps who has other domestic responsibilities now which I think make it difficult for her to get away from Ottawa.

We also have a new addition to our research staff in the person of Paul Rosenbaum, who I am sure some of you have met in the past since he was involved with the ARF. We are sorry to be losing Garth McNaughton, who has been with us from the beginning, but are pleased to welcome Mr. Rosenbaum who we understand has some significant expertise in this area.

We have about 20 minutes, I think, until we are due to hear the next witness, so perhaps you want to start off, Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. I would like to welcome you. I appreciate your comments and I would like to just follow up on a couple of things that you mentioned, Doctor, perhaps starting with public awareness.

You mentioned that attitudes must be changed. Realizing that our number one problem is alcohol, I think we would agree that alcohol problems far outweigh any of the other problems that you see at ARF. Would that be a fair assessment?

**Dr. Marshman:** Yes, that would be correct.

**Mr. White:** How successful do you think we can be in the short term in changing our attitudes about alcohol? I know with narcotics and many of the other illegal drugs, it may not be as difficult, but I think because of the social atmosphere that has developed around alcohol we may have a more serious problem. Would you agree with that?

**Dr. Marshman:** I think it is a greater challenge because alcohol is so well ingrained in our culture and social practices. However, I think the recent experience around drinking-driving has given us some clues. One of the observations I have made before is that there is a very consistent message coming in drinking-driving, a message that is promoted even by the beverage-alcohol industry, which is "Do not drink and drive". We do not say do not drink more than  $x$ . We do not say do not drink within so many minutes of driving. We just say "Do not drink and drive", a very understandable message and a very

[Translation]

considère la recherche comme un élément sous-jacent à tout cela.

Tel est l'essentiel de mes remarques préliminaires, monsieur le président. Je serai heureuse de répondre à vos questions.

**Le président:** Merci, docteur Marshman. Avant que je donne la parole à notre premier intervenant, M. White, je souhaite simplement signaler à nos témoins d'aujourd'hui, qui ont eu des contacts avec notre Comité précédemment, que nous sommes heureux d'accueillir comme membre du Comité aujourd'hui M. Gilles Grondin qui est de l'Opposition officielle. Il remplace M<sup>me</sup> Copps qui a maintenant d'autres responsabilités familiales qui lui permettent difficilement de quitter Ottawa.

Nous comptons également sur un nouveau membre dans notre équipe de recherche en la personne de Paul Rosenbaum, que vous avez probablement rencontré dans le passé puisqu'il a travaillé à l'ARF. Nous sommes désolés de perdre Garth McNaughton, qui a été avec nous depuis le début, mais nous sommes heureux d'accueillir M. Rosenbaum qui d'après ce que nous savons possède une solide expérience dans ce domaine.

Nous avons environ 20 minutes, je pense, jusqu'à l'audition du prochain témoin, alors vous pouvez peut-être commencer, monsieur White.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue. J'ai apprécié vos remarques et j'aimerais enchaîner sur certaines des choses que vous avez mentionnées, docteur, en commençant peut-être par la sensibilité du public.

Vous avez indiqué que les attitudes doivent changer. En admettant que notre problème numéro 1 est l'alcool, je pense que vous serez d'accord pour affirmer que les problèmes d'alcool sont beaucoup plus importants que les autres problèmes que vous voyez à l'ARF. S'agit-il d'une affirmation juste?

**M. Marshman:** Oui, c'est exact.

**M. White:** Jusqu'à quel point pouvons-nous réussir à court terme à modifier nos habitudes à propos de l'alcool? Je sais qu'avec les stupéfiants et de nombreuses autres drogues illégales, ce n'est peut-être pas aussi difficile, mais je pense qu'en raison de l'acceptation sociale de l'alcool, on risque d'être confronté à un problème plus grave. Seriez-vous d'accord avec cela?

**M. Marshman:** Je pense que c'est un défi plus grand parce que l'alcool est si enracinée dans nos pratiques sociales et culturelles. Cependant, je pense que la récente expérience concernant l'alcool au volant nous donne quelques indices. Une des observations que j'ai déjà faites, c'est qu'il y a un message très cohérent dans la campagne sur l'alcool au volant, un message qui est même diffusé par l'industrie des boissons alcoolisées, qui est «Si vous conduisez, ne buvez pas». Ce message ne dit pas ne buvez pas plus qu'une telle quantité. Il ne dit pas de ne pas boire pendant un certain nombre de minutes avant de conduire.

*[Texte]*

consistent message and a message which focuses on the specific behaviour.

• 0920

Now, I use that to point to the fact that when there is congruence in the messages coming from various parts of the community, from the suppliers, from law enforcement agents, from addictions people, from voluntary groups such as PRIDE MADD and SADD and so on, a mind-set develops, so that a very wide swath in our society finds that behaviour unacceptable, and I think that is having an impact on the young people.

I was part of a group yesterday that was dealing with a panel of young people and there was no doubt whatsoever in their minds that drinking and driving is socially unacceptable. I think the consistency of message, coming from multiple parts of the community, is an important clue for us.

The second point I would make is that the drinking and driving area is an example of how you may be able to zero in on specific behaviours associated with the drug and identify them as unacceptable. Now, that has its limitations because, for example, there are people who do not drink and drive but who feel that it is quite all right to drink like a fish without reference to their liver or their brains and potential physical and mental damage; but at least it is a beginning point. It is the thin end of the wedge, if you like. In the development of our recent program strategies approach, we have zeroed in on certain kinds of behaviours, such as alcohol and recreational activities, as being another proscribed combination, if you like, in the sense that boating, waterskiing, diving, snowmobiling and skiing become infinitely more hazardous if one is doing them with a blood level that is significant.

So although it is an uphill climb and it is more difficult to deal with alcohol, given its cultural and social role, we are learning some things about the targeting of messages and what I would call the thin-end-of-the-wedge approach.

**Mr. White:** You have partially answered my second question. When we talk about the success of the anti-drinking-and-driving campaign, I think we agree that it has been successful, but that does not get at the root of the problem.

In your opinion, Doctor, would a public campaign to try to cut down on alcohol use, be more effectively directed at the health side or at the possible social and family costs side? Is it more effective to tell someone who is drinking heavily that it is bad for his health or to make him aware of the possible cost to family, wife, children, friends, job—that type of thing?

*[Traduction]*

Il dit simplement «Si vous conduisez, ne buvez pas», un message très compréhensible et très cohérent et un message qui se concentre sur un comportement particulier.

Maintenant, je me suis servi de cet exemple pour démontrer que lorsqu'il y a correspondance dans les messages qui proviennent des différents éléments de la collectivité, des fournisseurs, des agents responsables de l'application de la Loi, des personnes travaillant aux problèmes de désintoxication, des groupes de bénévoles comme a souligné PRIDE MADD et SADD et ainsi de suite, il se développe un état d'esprit qui fait qu'une large couche de la société trouve ce comportement inacceptable, et je pense que cela a un effet sur les jeunes.

Hier, j'ai participé à un groupe qui discutait avec un certain nombre de jeunes et il ne faisait aucun doute dans leur esprit que boire et conduire est socialement inacceptable. Je pense que la cohérence du message, provenant de multiples éléments de la collectivité, est un indice important pour nous.

La deuxième point que j'aimerais soulever, c'est que l'alcool au volant est un exemple de la façon dont on peut repérer des comportements spécifiques associés à la drogue et les identifier comme inacceptables. Maintenant, cela a ses limites parce que, par exemple, il y a des gens qui ne boivent pas lorsqu'ils prennent le volant mais qui estiment pouvoir boire comme des trous sans se soucier de leur foie ou de leur cerveau et d'éventuels dommages physiques et mentaux; mais au moins, c'est un début. Au moins, on est dans la bonne direction. Lorsque nous avons élaboré nos dernières stratégies de programmes, nous nous sommes concentrés sur certains types de comportement, comme l'alcool et les loisirs, qui forment une autre association qu'il faut condamner, dans la mesure où faire du bateau, du ski nautique, de la plongée, de la motoneige et du ski devient beaucoup plus dangereux si on a un taux d'alcool dans le sang élevé.

Aussi, même si la pente est difficile à monter et même s'il est plus difficile de traiter de l'alcool, compte tenu de son rôle social et culturel, nous apprenons à diriger les messages dans la bonne direction.

**M. White:** Vous avez répondu en partie à ma deuxième question. Tout le monde s'entend pour affirmer que la campagne sur l'alcool au volant a été un succès, mais elle ne va pas au coeur du problème.

A votre avis, docteur, est-ce qu'une campagne publique visant à réduire la consommation d'alcool serait plus efficace si elle abordait les problèmes de santé inhérents à la consommation d'alcool ou les coûts familiaux et sociaux possibles de la consommation d'alcool? Est-il préférable de dire à quelqu'un qui boit beaucoup que c'est mauvais pour sa santé ou de lui faire prendre conscience des coûts possibles pour sa famille, sa femme, ses enfants, ses amis, son travail—ce genre de choses?



*[Text]*

**Dr. Marshman:** It probably depends on the individual, but the health side is probably less powerful than the safety side, I would think, in the sense that particularly young people have a great deal of difficulty relating to the possibility of sclerosis 20 years down the pipe or the possibility of alcoholic brain damage at some later point in their life. A 16- or 17-year-old has difficulty visualizing himself as a sclerotic 37-year-old.

On the other hand, safety, whether that is safety on the road, safety on the lake, safety in the workplace, is something to which these individuals can relate. They are part of car accidents. They are part of accidents in the workplace. They have seen people on construction sites killed as a result of an error in judgment which may be alcohol or drug related.

That is why we have moved to embrace the whole bag of health and safety, which you may say are part of parcel of the same thing, but I think there are a lot of safety messages that have a more immediate focus for the individual, more immediate relevance.

The contrast you made was between health and social. My sense is that for certain individuals the family focus is useful. But I suspect that is more at the secondary prevention level.

• 0925

That is, when people are encountering problems in parenting, when they are encountering problems in their marriage or job, they are, if you like, vulnerable to analyses and to messages that say, wait a minute, stop and think; what is the role alcohol or drugs are playing in this? But it is after they have started to encounter some problems that I think that vulnerability is enhanced. My sense would be—and my colleagues may have a more expert opinion than I—that few people who are not having problems can envisage themselves having those problems. So again, I think we have a problem with immediacy.

**Mr. White:** Doctor, when you talked about promotion of a healthy lifestyle for all youth, you mentioned having a variety of arrows in the quiver, and you mentioned I think four different categories of drug users or non-drug users. In such a campaign, when you have a variety of arrows, do you target that to each specific group, or do you use a massive public campaign and use the different messages in a public campaign? Or is that using too broad a brush? Do you have to target that to individual groups outside of the mass media?

**Dr. Marshman:** Ideally, you are going to target it to groups with as much specificity as you can. When it comes to the mass media, however, my sense is that you want to target the groups that are least accessible through other vehicles. My sense would be that it is young people who have left the school system for whom the mass media

*[Translation]*

**Dr Marshman:** Cela dépend probablement de l'individu, mais l'aspect santé est probablement moins évocateur que l'aspect sécurité, je dirais, dans la mesure où, en particulier les jeunes, ont beaucoup de difficulté à lier la consommation d'alcool à la possibilité de sclérose, 20 ans plus tard, ou la possibilité de dommages au cerveau un peu plus tard dans leur vie. A 16 ou 17 ans, on a de la difficulté à se voir sclérosé à 37 ans.

D'autre part, la sécurité, que ce soit la sécurité sur la route, sur l'eau ou au lieu de travail, signifie quelque chose pour ces individus. Ils peuvent être victimes d'accidents de voiture. Ils peuvent être victimes d'accidents au travail. Ils ont vu des gens sur les chantiers de construction tués à la suite d'une erreur de jugement qui peut-être liée à la consommation d'alcool ou de drogue.

C'est pourquoi nous avons décidé d'englober la sécurité et la santé, qui on peut dire font partie d'un même ensemble, mais je pense qu'il y a beaucoup de messages sur la sécurité qui touchent de manière directe l'individu, qui le concerne de plus près.

Vous avez établi un contraste entre l'aspect santé et l'aspect social. J'ai le sentiment que pour certains individus, le côté famille est utile. Mais j'ai l'impression que c'est davantage au niveau de prévention secondaire.

C'est-à-dire lorsque des gens ont des problèmes avec leurs enfants, lorsqu'ils ont des problèmes dans leur couple ou au travail, ils sont, si l'on peut dire, plus vulnérables aux analyses et aux messages qui disent arrêtez-vous un instant et réfléchissez; quel rôle jouent l'alcool ou les drogues dans ce qui vous arrive? Mais je pense que c'est lorsqu'ils ont des problèmes de la sorte qu'ils deviennent plus sensibles à ce genre de messages. J'ai le sentiment, et mes collègues pourraient vous donner un avis plus compétent que le mien à cet égard, que peu de gens qui n'ont pas de ces problèmes pourraient envisager en avoir. Encore une fois, je pense qu'il s'agit d'un problème touchant au caractère immédiat de la situation.

**M. White:** Docteur, lorsque vous parlez de la promotion des modes de vie sains pour tous les jeunes, vous dites posséder plusieurs cordes à votre arc et je pense que vous relevez quatre différentes catégories de consommateurs de drogue ou de non-consommateurs de drogue. Dans une campagne semblable, alors que vous pouvez compter sur plusieurs cordes, visez-vous chaque groupe particulier ou avez-vous recours à une campagne publicitaire de masse, faisant appel à différents messages? Ou risquez-vous alors de courir plusieurs lièvres à la fois? Devez-vous viser des groupes particuliers, sans avoir recours aux mass média?

**Dr Marshman:** Idéalement, vous devez orienter votre campagne avec le plus de précision possible sur des groupes particuliers. Lorsque vous arrivez aux médias, cependant, je suppose que vous voulez viser des groupes qui sont moins accessibles par d'autres véhicules. J'ai le sentiment que les jeunes qui ont quitté l'école peuvent



*[Texte]*

approach is going to be the most effective. The fact that they have left the school system automatically says something about their role, and perhaps their vulnerability to selective "messaging".

But probably when Mr. Schankula speaks to you, he would be in a better position to answer that question in a detailed way than I.

**Mr. Grondin:** You spoke about the problem for youth, but you did not speak about the influence of the family in youth drug or alcohol problems. I think some of the problems for some youths come from personal problems, and sometimes family problems. Is there any influence with those you receive in this program?

**Dr. Marshman:** I am sorry, I missed the nut of your question.

**Mr. Grondin:** Is there any concordance between the family and the youths you receive in your program; in your house?

**Dr. Marshman:** I do not believe I can give you an accurate answer to that, but I will ask Mr. Martin to give you one when he presents to you. I believe he has some data that speak directly to it.

**Mr. Grondin:** You spoke about the change of attitude, and that is an important issue, which Brian just spoke about. But do you have an idea of what is the real influence of the study of the prevention program that is in use in Ontario? Someone said that sometimes it does not have a big influence on students or youths, and they do not know, sometimes, that there are educational programs to help prevent drug abuse or alcohol abuse.

• 0930

**Dr. Marshman:** As you may be aware, Ontario has perhaps one of the two, I think, most decentralized systems of curriculum control in the entire country, and therefore there is great variability in curriculum content with respect to drug education. And so there is quite a difference in exposure across the province.

I believe I am right in saying that one of my colleagues found that one set of lesson plans, which had been developed by the foundation, and I believe that would refer to Grades 7 to 10, was in use at a particular point in time by 25% of the classes. Now, that may not seem like an astounding rate of utilization, but on the other hand that is one approach, and one approach only.

What we are recognizing is you can use multiple tools, even within a given school and outside the school within the community context in voluntary groups such as the Girl Guides, the Boy Scouts, and various other youth groups.

*[Traduction]*

être plus facilement rejoints par les médias. Le fait qu'ils aient quitté l'école en dit déjà un peu sur leur rôle et peut-être leur vulnérabilité à des «messages» sélectifs.

Cependant, lorsque M. Schankula vous parlera, il sera probablement en meilleure position que moi pour répondre à cette question.

**M. Grondin:** Vous avez parlé du problème des jeunes, mais vous n'avez pas parlé de l'influence de la famille dans les problèmes d'alcool ou de drogue chez les jeunes. Je pense que pour certains jeunes, leurs problèmes de drogue ou d'alcool s'expliquent par des problèmes personnels et, parfois, par des problèmes familiaux. Y a-t-il une influence des problèmes familiaux chez les jeunes que vous accueillez dans ce programme?

**Dr. Marshman:** Je suis désolé, je n'ai pas compris le sens de votre question.

**M. Grondin:** Y a-t-il une concordance entre la famille et les jeunes que vous accueillez dans votre programme; dans votre maison?

**Dr. Marshman:** Je ne crois pas pouvoir vous donner une réponse exacte à cela, mais je demanderai à M. Martin de le faire lorsqu'il fera sa présentation. Je crois qu'il a en main certaines données qui touchent à ce que vous soulevez.

**M. Grondin:** Vous avez parlé du changement d'attitude, et il s'agit d'une question importante, dont Brian vient juste de parler. Mais avez-vous une idée de l'influence réelle de l'étude du programme de prévention qui est présentement en vigueur en Ontario? Certains disent que parfois il n'a pas une très grande influence sur les étudiants ou les jeunes, et qu'ils ne savent pas, parfois, qu'il existe des programmes éducatifs pour les aider à prévenir la consommation excessive de drogue ou d'alcool.

**Dr. Marshman:** Comme vous le savez sans doute, l'Ontario a peut être l'un des systèmes les plus décentralisés de contrôle des programmes scolaires dans tout le pays. Les contenus des programmes qui touchent l'éducation à la drogue varient donc grandement. Il y a également une grande différence quant à la sensibilisation dans toute la province.

Je pense pouvoir affirmer qu'une de mes collègues a découvert qu'une série des plans de leçons, ont été conçus par la fondation et, qui je pense, s'appliquent au niveau sept à dix, étaient utilisés à un moment donné par 25 p. 100 des classes. Maintenant, ça ne semble pas être un taux d'utilisation important, mais d'autre part, c'est une façon d'aborder le problème, et une façon seulement.

C'est qu'il y a une multitude d'outils, même à l'intérieur d'une école donnée et à l'extérieur de l'école, dans la collectivité, dans des groupes de bénévoles comme les guides, les scouts et différents autres groupes de jeunes.

## [Text]

We see the school really as the place where one has, so to speak, a captive audience of young people. We believe there is an important place for drug issues in the schools. Yes, it is variable, but we are working with schools and school boards. And we are working with them at, I think, five levels.

We are working with them around the school's policy about the use of alcohol and drugs on the premises and at school-sponsored events, which may be off the premises; in other words, setting in policy terms a standard of expected behaviour and penalties for violation. We are working with them at the level of curriculum committee. We are working at the level of teacher training, because without having properly trained teachers, all the curriculum plans in the world will not come to anything. We are working at the level of developing resource materials for use by those teachers as they implement the curriculum; that is, audio and video print packages and so on. Then, in some schools, we are working with a sort of triad of parent, teacher, and student groups in things such as peer support, parent support; those kinds of initiatives.

Now, we are at different levels of development with different school boards, and I dare say there is very uneven coverage. That is today. I hope I can give you a different answer five years from now.

**Mr. Grondin:** You spoke about a federal and provincial discussion about sharing costs. Which would be the best way for the federal level to help the foundation, or to help solve the problem of drug and alcohol abuse? Is there any specific field not yet covered by the provincial program? Or would the best way be to share what is actually going on with these programs?

**Dr. Marshman:** There may be two mechanisms that would be potentially useful and should be explored. The first is a sharing of cost in terms of community-based services which are currently being funded through the province. The second is to give some serious consideration to those types of programs, including research programs, including education materials programs, including professional educational training packages where there has been a very heavy front-end load from organizations such as the Addiction Research Foundation and thus, indirectly, through the provincial government.

Where the potential benefits to the whole country have not yet been reaped, and where making it possible for those programs to go national, so to speak, would result in getting the best possible value for every dollar that has been invested in the front end. I think many of our programs deserve a hard look from that point of view.

## [Translation]

Nous considérons l'école comme un endroit où il y a, si on peut dire, une audience captive de jeunes. Nous croyons que les questions de drogue peuvent occuper une place importante dans les écoles. Oui, c'est variable, mais nous travaillons avec les écoles et les conseils scolaires. Et je pense que nous travaillons avec eux à cinq niveaux.

Nous travaillons avec eux à l'établissement d'une politique de l'école concernant la consommation d'alcool et de drogues dans les locaux scolaires et à l'occasion d'événements scolaires ou parascolaires, qui peuvent se dérouler à l'extérieur de l'école; en d'autres termes, nous définissons, une politique, un comportement souhaitable et des pénalités en cas de violation. Nous travaillons avec eux au niveau du comité du programme scolaire. Nous travaillons aussi sur le plan de la formation de l'enseignant, parce que s'il n'y a pas d'enseignants correctement formés, aucun programme scolaire au monde n'aura d'effets bénéfiques. Nous travaillons à mettre au point du matériel pédagogique pouvant servir aux enseignants qui dispensent le programme scolaire; c'est-à-dire, du matériel audio et vidéo, des documents etc. Puis, dans certaines écoles, nous travaillons en comités tripartites formés de parents, d'enseignants et d'étudiants à établir des choses comme le soutien des pairs, le soutien des parents, ce genre d'initiatives.

Nous en sommes à différents niveaux de développement, différents conseils scolaires, et on peut dire qu'il y a une couverture assez inégale. Telle est la situation aujourd'hui. J'espère pouvoir vous donner une réponse différente dans cinq ans.

**M. Grondin:** Vous avez parlé de dispositions fédérales provinciales sur le partage des coûts. Quelle serait la meilleure façon pour le gouvernement fédéral d'aider la fondation ou d'aider à résoudre le problème de la consommation excessive de drogues et d'alcool? Y a-t-il un domaine particulier qui n'est pas encore visé par le programme provincial? La meilleure façon serait-elle de partager ce qui est fait vraiment par ces programmes?

**Dr Marshman:** Il pourrait y avoir deux mécanismes qui pourraient être utiles et qui mériteraient d'être explorés. Le premier mécanisme est de partager les coûts des services communautaires qui sont actuellement financés par la province. Le deuxième est d'étudier très sérieusement certains types de programmes, dont les programmes de recherche, les productions de matériel pédagogique, y compris les programmes de formation pédagogique et professionnelle qui ont exigé l'affectation de beaucoup de ressources des organisations comme l'Addiction Research Foundation, et donc, indirectement, le gouvernement provincial.

Là où les avantages éventuels pour l'ensemble du pays n'ont pas encore été obtenus, et là où il est possible de donner une dimension nationale à ces programmes, pour ainsi dire, on tirerait le maximum possible de chaque dollar investi dans ce domaine. Je pense que nombre de nos programmes méritent d'être sérieusement examinés dans ce sens.



[Texte]

[Traduction]

• 0935

**Mr. Grondin:** Okay. Thank you.

**The Chairman:** Dr. Marshman, I wonder if I might address a question to you that is more in the realm of your responsibility as director or head of the ARF. A bit along the line of Mr. Grondin's last question, you obviously have had cause to interface and relate with various provincial authorities and, because of your national recognition, you will have been doing the same with people across the country, and to an extent internationally as well, I understand.

We are about to make some recommendations that will follow very quickly upon some soon-to-be-announced national strategies on drugs, and I am sure we are going to want as a committee to address the problem of how the national strategy will be implemented. I dare say we will have some suggestions at the time of the announcements that come out in the near future, but I want to get some views from you, because we are an independent committee and we will have our own ideas.

How do you feel about the known rivalries that go on within bureaucracies, among various departments of government, at both levels of government?

How do you feel a national strategy should be implemented? Should, as we have had recently, an interdepartmental type of secretariat be involved? If so, what should be the lead department and how will these people relate with the provinces and the various provincial departments? Because I am sure half a dozen jurisdictions or disciplines will be involved at all levels of government.

I am sure you have some of these same problems within your own ARF, because you are a large enough body to have that kind of administrative problem as well.

So I wonder if we can get some advice from you about how you feel we should recommend to the federal government, bearing in mind that I personally feel that we have a right to make suggestions that might be of interest to the provinces. We cannot direct them, obviously; but we are going to have to involve the provinces to have an effective program.

One of your colleagues may want to address these issues, but I think they are very crucial if we are going to have a program that works. So perhaps you would like to address that general issue of how a national strategy is going to be administered and run effectively.

**Dr. Marshman:** If I had all the answers to your questions about how it could be run and run smoothly, I suspect that I would be heading a corporate giant, not the Addiction Research Foundation. However, I will comment on some aspects, at least, of your inquiry.

First, the advice that certainly the Addiction Research Foundation and that various other commissions and

**M. Grondin:** D'accord. Merci.

**Le président:** Docteur Marshman, puis-je vous poser une question qui fait davantage appel à vos responsabilités de directrice ou chef de l'ARF. Un peu dans le même sens que la dernière question de M. Grondin, vous avez bien évidemment dû avoir des relations avec différentes autorités provinciales et, en raison de votre réputation nationale, vous avez dû faire de même avec des gens partout au pays et même sur le plan international, d'après ce que je sais.

Nous sommes sur le point de faire quelques recommandations qui suivront rapidement l'annonce prochaine des stratégies nationales anti-drogues, et je suis convaincu qu'on demandera au Comité de se pencher sur le problème de la mise en oeuvre de cette stratégie nationale. Nous aurons sans doute quelques suggestions au moment de l'annonce qui sera faite prochainement, mais je veux connaître votre opinion parce que nous sommes un Comité indépendant et nous aurons nos propres idées.

Que pensez-vous de la rivalité bien connue qui existe entre la bureaucratie, entre les différents ministères du gouvernement, aux deux paliers de gouvernements?

Comment selon vous devrait-on mettre en oeuvre une stratégie nationale? Est-ce qu'il faudrait mettre sur pied, comme on l'a fait récemment, un secrétariat interministériel? Dans ce cas, quel devrait être le ministère responsable et quelles devraient être les relations entre ces gens et les provinces et les différents ministères provinciaux? Parce que je suis convaincu qu'il y aura une douzaine de champs de compétences ou de disciplines qui seront touchées à tous les paliers de gouvernement.

Je suis convaincu que vous avez à traiter certains de ces problèmes au sein de l'ARF, parce que vous êtes un organisme suffisamment important pour avoir ce genre de problèmes administratifs.

J'aimerais donc connaître votre avis sur les recommandations que nous devrions faire au gouvernement fédéral, en vous rappelant que j'estime personnellement que nous avons le droit de faire des suggestions pouvant intéresser les provinces. Évidemment, on ne peut les obliger; mais il faudra que les provinces participent au programme pour qu'il soit efficace.

Un de vos collègues voudra peut-être discuter de ces questions, mais je pense qu'elles sont très importantes si on veut qu'un programme fonctionne. Peut-être pourriez-vous aborder la question plus générale de l'administration et du fonctionnement efficaces d'une stratégie nationale.

**Dr. Marshman:** Si j'avais toutes les réponses à vos questions sur la façon dont cela devrait fonctionner et bien fonctionner, je pense que je serais à la tête d'une société géante, pas de l'Addiction Research Foundation. Cependant, je vais vous faire part de commentaires sur au moins certains aspects de vos questions.

Premièrement, l'Addiction Research Foundation et différentes autres commissions et fondations ont surtout



[Text]

foundations have offered to both the Hon. Jake Epp and to the National Drug Secretariat and also to the Health Promotion Directorate is, please, do not reinvent the wheel, build on what already exists in the provinces.

A point I have made in the past is that the Addiction Research Foundation, having been founded in 1949, has almost 40 years of experience in the area and has been involved in the drugs other than alcohol, as well as alcohol, since the mid-1960s. So the notion of treatment and prevention in the drug area is not new to us.

There is also the sense that there is this front-end load being developed from the pockets of provincial taxpayers. We believe in getting the best bang for the buck, and we believe that reinventing the wheel is not the answer. So we really would like to see it building on the quality things provinces have, particularly the approaches that have been evaluated and have been shown to be superior. We believe those deserve careful exploration.

• 0940

Where should the lead be? My view would be that the lead should be within the Department of National Health and Welfare, that is to say, as opposed to some of the other ministries which are represented in the current secretariat. That does not mean they should not be part of the scene, but I believe the lead should be in the Department of National Health and Welfare. I say this, partly, because the sense we have from research—and my colleague, Dr. Goodstadt, can comment on this further—is that the health aspects have more impact for certain populations in the prevention area than do the legal aspects, for example.

What should be the mechanic? I think the last thing we want is a new federal superstructure created *de novo*. I believe there will be decisions to be made. I believe there should be an executive function located within the federal structure. I believe there should probably be an advisory committee to that executive function which will bring forward the expertise which exists in the provinces and the territories in the field, and there should be what I will basically call an objective peer review approach to looking at the programs and projects that are available and making a selection of the best. I do not believe that will call for an inordinate superstructure. I think that a rather minute, a very small group, can exist.

So I would really see an executive function, small unit, with two, if you like—I will call them advisory bodies for the moment—one would be the peer expert advisory group from the addiction area and the other one would be the multiple ministries of the federal government, which I would see as more a policy advisory function.

**The Chairman:** I might just comment, Dr. Marshman. There will probably be a short interval between the

[Translation]

conseillé à l'hon. Jake Epp et au Secrétariat national anti-drogue ainsi qu'à la direction générale de promotion de la santé de ne pas réinventer la roue, de construire à partir de ce qui existe déjà dans les provinces.

Comme je l'ai déjà indiqué, l'*Addiction Research Foundation*, qui a été fondée en 1949, compte tout près de 40 années d'expérience dans le domaine et s'est intéressée à des drogues autres que l'alcool, ainsi qu'à l'alcool, depuis le milieu des années 60. Aussi, cela fait déjà un certain temps que la fondation s'occupe de traitement et de prévention dans le domaine des drogues.

Il faut se rappeler qu'il y a également tout ce qui a déjà été développé grâce à l'argent des contribuables provinciaux. Nous croyons qu'il faut tirer les meilleurs profits de notre argent et nous croyons que réinventer la roue n'est pas la réponse. Nous aimerions donc vraiment qu'on construise à partir des éléments de qualité que possèdent les provinces, en particulier les démarches qui ont été évaluées et qui se sont révélées supérieures. Nous croyons qu'elles méritent d'être soigneusement explorées.

Le ministère responsable? J'estime que ce devrait être le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social avant les autres ministères qui sont représentés au secrétariat actuel. Cela ne signifie pas qu'ils n'ont pas un rôle à jouer, et je crois que le rôle principal devrait être dévolu au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Je dis cela, en partie parce que la recherche laisse supposer—et mon collègue, le docteur Goodstadt, pourrait élaborer là-dessus—que les aspects de santé ont plus d'effet sur certains secteurs de la population dans le domaine de la prévention que les aspects juridiques, par exemple.

Quelle structure établir? Je pense que personne ne veut d'une nouvelle superstructure fédérale créée à partir de rien. Je crois qu'il faudra prendre des décisions. Je crois qu'il devrait y avoir une fonction exécutive située au sein de la structure fédérale. Je crois qu'il devrait y avoir probablement un comité consultatif auprès de cette fonction exécutive qui acheminera l'expérience et les compétences qui existent dans les provinces et les territoires dans ce domaine et il devrait également y avoir ce que j'appellerais un comité d'examen des objectifs qui examinerait les programmes et les projets disponibles et choisirait les meilleurs. Je ne crois pas qu'il faudrait mettre sur pied une superstructure démesurée. Je pense plutôt à un très petit groupe.

Donc, il y aurait une fonction exécutive, une petite unité, avec deux organes consultatifs, qu'on pourrait appeler ainsi pour le moment, un qui serait un groupe consultatif d'experts provenant du milieu de la désintoxication et un autre qui serait formé de différents ministères du gouvernement fédéral qui remplirait davantage une fonction consultative en matière de politique.

**Le président:** Permettez-moi de commenter, docteur Marshman. Il s'écoulera probablement peu de temps entre

[Texte]

announcements that the Minister makes in the near future and the time when our report goes to print. Should you or your colleagues here have any other suggestions that might arise out of what is being proposed by government, we would certainly welcome them in writing from you at some time. It might be useful as we finalize our report.

**Dr. Marshman:** Thank you very much. We will take your invitation very seriously.

**The Chairman:** Does any other member of the committee wish to ask further questions, one last one?

**Dr. Marshman,** we want to thank you again for your testimony this morning, and again thank you and your colleagues and especially Dr. Schankula for all the help you have been to us so far. We are grateful, as I said before, for your facilities here today.

Thank you very much.

**Dr. Marshman:** Thank you for the opportunity, Mr. Chairman.

**The Chairman:** We now have Mr. Bill Becks, who I believe is going to chat with us on the evaluation of community-based treatment in Ontario. I think you have a presentation which you have made available to us.

We have roughly 45 minutes, Mr. Becks, and if you wish to run through it, summarizing or highlighting certain aspects, it would leave some time for questions. You may choose whatever way you wish to best handle the 45 minutes.

**Mr. William Becks (Treatment Services Consultant, Addiction Research Foundation):** Thank you, Mr. Chairman. Before I start, I would like to make one correction. I am talking about the evolution of services as opposed to evaluation. I am not a researcher or an evaluator.

I welcome the opportunity to make this presentation before the committee. What I would like to highlight are some of the developments that have taken place within the Province of Ontario over the past 10 years.

• 0945

**Dr. Marshman** started out talking about the foundation's goals, objectives and tactics, and I am concentrating on the ones specific for treatment services, which related to developing and making more available appropriate services to identify, treat, and rehabilitate individuals and families affected by hazardous use and damage. In those statements, the unique treatment needs of adolescents are given high priority for future service development by the staff of ARF.

As a background reference to development of services, there was a Treatment Services Task Force report commissioned by the Addiction Research Foundation that

[Traduction]

l'annonce que fera sous peu le ministre et le moment où notre rapport ira à l'impression. Si vos collègues ou vous avez d'autres suggestions concernant ce que propose le gouvernement, nous serions certainement très heureux que vous nous les fassiez parvenir par écrit à un moment donné. Cela pourrait nous aider dans la rédaction finale de notre rapport.

**Dr Marshman:** Merci beaucoup. Nous allons prendre cette invitation très au sérieux.

**Le président:** Y a-t-il un autre membre du comité qui souhaiterait poser d'autres questions, une dernière question?

Docteur Marshman, nous voulons vous remercier à nouveau de votre témoignage ce matin et nous vous remercions ainsi que vos collègues, et en particulier le docteur Schankula, pour toute l'aide que vous nous avez apportée jusqu'à présent. Nous vous sommes reconnaissants, comme je l'ai dit plus tôt, de nous avoir prêté vos locaux.

Merci beaucoup.

**Dr Marshman:** Je vous remercie de l'occasion que vous m'avez offerte, monsieur le président.

**Le président:** Nous avons maintenant M. Bill Becks, qui va je crois nous entretenir de l'évaluation du traitement communautaire en Ontario. Je pense que vous nous avez fait parvenir une présentation.

Vous avez environ 45 minutes, monsieur Becks, et si vous souhaitez la lire, la résumer ou simplement mettre en lumière certains aspects de votre présentation, cela pourrait nous laisser du temps pour poser des questions. Vous êtes libre de disposer comme vous l'entendez de ces 45 minutes.

**M. William Becks (conseiller en services de traitement, Addiction Research Foundation):** Merci, monsieur le président. Avant de commencer, j'aimerais faire une correction. Je veux vous parler de l'évolution des services et non de leur évaluation. Je ne suis pas un chercheur ou un évaluateur.

Je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte de faire cette présentation au comité. J'aimerais mettre en lumière certains des progrès réalisés dans la province de l'Ontario au cours des 10 dernières années.

**D<sup>r</sup> Marshman** a commencé par vous entretenir des buts, des objectifs et des tactiques de la fondation, et je vais me concentrer sur les services de traitement qui se rapportent à la mise au point et au perfectionnement de services visant à identifier, traiter et réhabiliter les individus et leurs familles par les effets néfastes de la consommation excessive d'alcool ou de drogue.

Dans ces déclarations, les besoins uniques de traitement des adolescents ont toute la priorité dans les projets des développements des services élaborés par le personnel de



## [Text]

published results of a study of the province in 1978. And some of the significant findings of that task force stated that the nature of the treatment has little effect on the treatment outcome; characteristics of patients entering treatment are more important than the actual existing treatment procedures in determining outcome.

In developing any system for treating alcoholics there should be an aim at early identification; assessment of the individual's physical, mental, and social problems; and efforts to ensure the economic use of resources by treating only identified problems in agencies or institutions best qualified for the particular purpose.

The treatment of research literature supported the basic position that alcoholism can be treated in outpatient settings with equal effectiveness and substantially lower costs than in inpatient settings, for selected clients.

On the basis of this work, the task force recommended the establishment of a province-wide network of community-based addiction treatment systems that would consist of the following components: assessment-referral; detoxication; case management; outpatient treatment; day treatment; short-term residential treatment; long-term residential treatment; and after care. These are the main service components of a complete addiction system. One of the things that is not mentioned in there is the need for an integrated and co-ordinated mechanism to make sure these services are complementary.

This listing is not intended to downplay the significant role played by self-help groups in communities, or by physicians, public health nurses, and other general community resources that interact not only with individuals, in identifying individuals with alcohol-drug problems, but are also involved in the actual treatment and rehabilitation of them. Those are the basic treatment system's components that would be desirable in all communities where there is sufficient population to warrant them.

The Addiction Research Foundation is now in the process of completing the third provincial survey since 1980—1980 was the first one. There was another one done in 1983, another one in 1986. All addiction services are surveyed to determine the nature and extent of services that they provide, and to indicate any trends or changes in the areas of service in the province.

The 1983 survey noted expansion from 203 addiction programs in 1979-80 to 257 programs in 1982-83. The largest expansion observed was in the development of assessment-referral services. I cannot comment on the 1986 data, they are just preliminary stages, but, again,

## [Translation]

l'ARF. L'Addiction Research Foundation a commandé un groupe d'étude sur le service de traitements qui a produit un rapport et publié l'étude à la province en 1978. Ces documents servent de documents de référence au développement des services. Ce groupe d'étude a notamment découvert que la nature du traitement avait peu d'effet sur son résultat; les caractéristiques des patients qui suivent le traitement sont plus importantes pour ce qui est du résultat que les procédures réelles de traitement existant.

Lorsqu'on met au point un système de traitement des alcooliques, il faut viser un dépistage précoce, l'évaluation des problèmes physiques, mentaux et sociaux de l'individu et assurer l'utilisation économique des ressources en ne traitant que les problèmes identifiés dans les organismes ou les établissements liés les mieux qualifiés à cette fin.

La lecture des documents de recherche révèlent essentiellement que l'alcoolisme peut être traité chez des patients externes avec autant d'efficacité et à des coûts beaucoup moindre que chez des patients en établissement, dans le cas de certains clients.

En s'appuyant sur ce travail, le groupe d'étude a recommandé la création d'un réseau provincial de système de désintoxication appuyé sur la communauté comprendrait les éléments suivants: évaluation et renvoi à un organisme approprié; désintoxication; gestion de cas; traitement en clinique externe; traitement de jour; traitement à court terme en établissement; traitement à long terme en établissement; et suivi. Voilà les principaux éléments de service d'un système complet de désintoxication. On oublie ici de mentionner qu'il faut un mécanisme intégré et coordonné permettant d'assurer la complémentarité de ces services.

Cette liste ne vise pas à diminuer le rôle joué par les groupes d'entraide dans les collectivités ou les médecins, les infirmières de santé publique et les autres ressources communautaires qui sont en interaction non seulement avec les individus en identifiant ceux qui ont des problèmes d'alcool ou de drogue, mais qui participent également à leur traitement et à leur réhabilitation. Ces éléments forment les éléments de base d'un système de désintoxication qui devrait être mis en place dans toutes les collectivités possédant une population suffisante pour le justifier.

L'Addiction Research Foundation est sur le point de terminer la troisième enquête provinciale depuis 1980, année au cours de laquelle a été effectuée la première enquête. Il y en a une autre en 1983, et la dernière en 1986. Tous les services de désintoxication font l'objet d'une enquête pour déterminer la nature et l'étendue des services qu'ils fournissent et pour indiquer toute tendance ou modification dans les domaines des services dans la province.

L'enquête de 1983 a révélé une croissance des programmes de désintoxication, qui sont passés de 203 en 1979-1980 à 257 en 1982-1983. L'expansion la plus importante enregistrée a été dans le secteur des services d'évaluation et de renvoi aux organismes appropriés. Je ne



[Texte]

there seems to be a continued expansion in both assessment and referral as well as outpatient and day treatment.

• 0950

For the remainder of the presentation I want to focus my remarks on the development of assessment and referral services in the province, which are one of the first components referred to on the system components chart.

The objectives of an assessment and referral service are basically to assess problem areas of an individual client, strength or resource areas an individual client has, and the development of an individualized treatment plan. At that point the object of the assessment is to link a client with a case manager, who may actually be the assessment worker, and link the client into treatment services available in the community or area.

As a background comment to assessment, one of the concerns raised in the task force in 1978 was that addiction treatment programs at that point, which were mainly residential, to a large degree said they provided assessment, but the task force felt "screening" was a more appropriate term to be used in those instances, because it appeared to be directed towards the "fit" of the individual with the program's admission criteria rather than towards a focus on the individual as a unique person with a unique constellation of problems and strengths.

The Addiction Research Foundation produced an assessment package in 1983 that has since been endorsed by the Ministry of Health for all assessment and referral services funded by them as of January 1, 1985. This assessment package, called ASIST, A Structured Addictions Assessment Instrument for Selecting Treatment, is a written interview format that takes approximately two and a half to three hours to complete. In the interview all of the major life areas of an individual client are covered. There is a lot of data-gathering, which is the process an individual goes through from identifying basic information, which is the face sheet information, all the way through to a large focus on alcohol use, psychoactive drug use, and then health screening.

• 0955

All of this process, however, emphasizes the data-gathering part of the interview; it then moves into the most crucial part, which is the treatment planning section.

The treatment planning is individualizing the treatment according to the strengths, problems and needs of the individual, and matching those issues with community resources. It is a process of negotiating with the client to get the client to accept the potential referrals, to get the client to agree to the priorities of the problems as outlined, dividing up the responsibilities for carrying out the treatment plan—what is the client to do, what is the

[Traduction]

suis pas en mesure d'élaborer sur les données de 1986, ce sont simplement des données préliminaires, mais encore une fois, elles semblent révéler une expansion continu des services d'évaluation et de renvoi ainsi que des services de clinique externe et de traitement de jour.

Pendant le reste de mon exposé je veux traiter surtout de la mise en place des services d'évaluation et d'orientation dans la province. Ce sont les premiers éléments qu'on retrouve dans l'organigramme.

Les objectifs d'un service d'évaluation et d'orientation sont essentiellement d'évaluer les problèmes de chaque client, les points forts et les ressources qu'il possède et de mettre au point un plan de traitement individualisé. L'évaluation a alors pour but de mettre en rapport le client et le responsable du cas, qui peut être en même temps l'évaluateur et de confier le client aux services de traitement qui existent dans la localité ou la région.

En guise de commentaire général sur l'évaluation, mentionnons que le groupe de travail de 1978 a déterminé, parmi les problèmes existants, le fait que les programmes de traitements de l'accoutumance, qui s'appliquaient surtout en établissement à ce moment-là, comportaient une grande part d'orientation mais qu'il s'agissait plutôt, d'après le groupe de travail de «tri» puisque, semble-t-il, on recherchait davantage la conformité du sujet aux critères d'admission aux programmes que le souci de voir en chacun une personne unique caractérisée par une composition particulière de problèmes et de points forts.

L'Addiction Research Foundation a produit en 1983 un programme d'évaluation qui, par la suite, a été appuyé par le ministère de la Santé et appliqué à tous les services d'évaluation et d'orientation financés par ce ministère à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1985. Ce programme, désigné par l'acronyme ASIST *A Structured Addictions Assessment Instrument for Selecting Treatment*, ou Instrument structuré d'évaluation des dépendances pour le choix d'un traitement, prend la forme d'une entrevue écrite qui dure de deux heures et demie à trois heures. Au cours de cette entrevue sont examinés les principaux éléments de la vie de chaque client. On obtient beaucoup de renseignements, à partir des données biographiques les plus générales jusqu'aux faits les plus détaillés sur l'utilisation de l'alcool et des drogues psychoactives et sur l'état de santé.

Tout ce processus met toutefois l'accent sur l'obtention de données; on passe ensuite à la partie vraiment essentielle, soit la planification du traitement.

La planification du traitement consiste à individualiser ce traitement d'après les points forts, les problèmes et les besoins de l'individu et à mettre ces problèmes en rapport avec les ressources communautaires. C'est un processus de négociation avec le client pour obtenir que celui-ci accepte les orientations éventuelles, qu'il soit d'accord sur l'ordre prioritaire des problèmes, sur la division des responsabilités pour la réalisation du plan de traitement—

*[Text]*

assessment worker to do, or case manager—making referrals to those agreed upon treatment services for the specific interventions required, and providing follow-through. So it is an ongoing process. It is not a one-shot interview where the client comes in, receives some information and leaves.

At present, assessment referral services as described in this paper appear to be unique to the Province of Ontario. Although other jurisdictions have services which provide advice and information about local treatment services, they seem less concerned with client assessments than do the Ontario services. The establishment of these services in the province has resulted in a big effort on the part of Community Service Division staff, both in the service establishment as well as in the training. Training effort is carried out as a collaborative venture by staff of our School for Addiction Studies, Community Services Division, as well as directors of existing assessment referral services.

From a small survey that was done of the assessment services in 1983, the main source of referrals to these operations are by self, family and friends, with medical services being the next major referral group. Consistent with our knowledge of the type and frequency of problems, the major presenting problems were, one, alcohol; two, drugs; and three, mental health problems.

The fact that some services in individual communities attracted a high proportion of younger clients and many clients who had not previously been in treatment, does suggest that these services may have a role to play in the early identification of substance abuse. However, more research needs to be done to see if that is a continuing trend.

A significant factor in Ontario behind the growth of funded assessment referral services in the province has been the availability of funding through the Ministry of Health, community mental health programs.

In 1980, there were only two funded assessment referral services in Ontario, located in Kingston and Oakville. As of May, 1987 there are now a total of 26 services funded by the Ministry of Health, plus an additional two demonstration assessment services funded and operated by the Addiction Research Foundation. As well, there are six smaller part-time services operating in the province. So, on a full-time service basis, this equates to a 1,400% increase in assessment services from 1980 to 1987.

*[Translation]*

ce que le client doit faire, ce que doit faire l'évaluateur ou le responsable. On oriente le client vers les services de traitement convenus en vue des interventions particulières qui s'imposent et l'on fournit le suivi nécessaire. C'est donc un processus permanent. Il ne s'agit pas là d'une entrevue unique qui consisterait pour le client à entrer, à recevoir des renseignements puis à sortir, sans plus.

À l'heure actuelle, les services d'évaluation et d'orientation décrits dans ce mémoire semblent particuliers à l'Ontario. D'autres administrations provinciales possèdent des services où l'on fournit des conseils et des renseignements sur les services de traitement locaux, mais on semble s'intéresser à l'évaluation des clients que ce n'est le cas en Ontario. La création de ces services dans la province a eu pour résultat un travail considérable de la part du personnel de la Division des services communautaires, à la fois pour l'offre des services nécessaires et pour la formation du personnel. La formation se fait par le moyen d'une collaboration entre le personnel de notre *School for Addiction Studies* (école pour l'étude de l'accoutumance), celui de la Division des services communautaires et celui des services existants d'évaluation et d'orientation.

D'après une petite enquête qui a été faite sur les services d'évaluation en 1983, la principale source de l'orientation vers ces services est constituée par le sujet, les membres de sa famille et ses amis, les services médicaux constituant le prochain groupe important en matière d'orientation. Les principaux problèmes qui se présentaient étaient, premièrement, l'école; deuxièmement, les drogues; et, troisièmement, les problèmes de santé mentale, ce qui est conforme à notre connaissance de la nature et de la fréquence des problèmes.

Certains services dans des collectivités particulières attiraient une plus grande proportion de jeunes clients et d'autres clients qui n'avaient pas déjà reçu d'autres formes de traitements. Cela permet de croire que ces services ont peut-être un rôle à jouer dans la détection rapide de l'abus des substances dangereuses. Il faudra pourtant pousser les recherches plus loin si l'on veut établir qu'il s'agit là, ou non, d'une tendance qui se continue.

Un des facteurs importants qui expliquent l'essor des services subventionnés d'évaluation et d'orientation en Ontario est constitué par le financement qu'offre le ministère de la Santé par ses programmes communautaires de santé mentale.

En 1980, il n'existait en Ontario que deux services subventionnés d'évaluation et d'orientation, soit à Kingston et à Oakville. En mai 1987, il existe maintenant 26 services financés par le ministère de la Santé, à quoi il faut ajouter deux services d'illustration de l'évaluation qui sont financés et dirigés par l'*Addiction Research Foundation*. Il existe en outre six petits services fonctionnant à temps partiel dans la province. Si l'on s'en tient aux services à temps plein, cela équivaut à une augmentation de 1,400 p. 100 des services d'évaluation entre 1980 et 1987.



## [Texte]

As part of the overall plan for treatment service development in the province, all offices of the Community Services Division of ARF have developed overall treatment service systems plans during 1980-81 in which priorities for service development were established. These provided the sort of framework against which to work toward development in the communities. These plans were then translated into action with the assistance of a lot of existing and/or newly operational community groups.

• 1000

Each new service development proposal in the health care field—particularly assessment referral services, which have seen such a fantastic growth—has been routed to the Ministry of Health through the District Health Council programs. The role of District Health Councils is to review the proposals against other health service priorities and rank the proposals against these priorities. In that now 26 services are funded by the Ministry of Health in different parts of the province, you can see the significance of the support of District Health Councils in the evolution of these services.

Community mental health program staff of the ministry are charged with the responsibility of overseeing all funded addiction and mental health programs in the province. In 1986-87 the ministry funded 80 programs in the addictions field, to a total of \$15.4 million. In 1987-88 there are now 93 addictions programs, with a total budget of \$22 million.

In December 1985 the Ministry of Health produced their addiction services policy, a copy of which is appended to your paper for information. This policy, as Dr. Marshman mentioned, incorporates the concept of a continuum of care and puts great emphasis on out-patient and day treatment programs as well. It should be noted that this policy has been a significant milestone in the addictions field in Ontario and that the policy is highly consistent with the advice provided by the Addiction Research Foundation in treatment services development over the past 10 years.

The Speech from the Throne of April 28, 1987 by the Lieutenant Governor made reference to the need for the establishment of community-based services for young people. Further to emphasize a point made by Dr. Marshman, such services will need to be supported and build upon the existing service network if the province is to avoid costly service duplication.

Assessment referral services are one existing addiction service component that is in place throughout most of

## [Traduction]

Dans le cadre du plan d'ensemble pour l'essor des services de traitement dans la province, tous les bureaux de la Division des services communautaires de l'ARF se sont donné des plans de services de traitement en 1980 et 1981, années au cours desquelles furent établies les priorités relatives à la mise en place des services. Ces priorités ont fourni le cadre régissant l'expansion des services en question dans les collectivités. Ces plans ont ensuite été traduits en action avec l'aide de beaucoup de groupes communautaires qui existaient déjà ou qui venaient d'être créés.

Chaque nouvelle proposition en matière de mise en place des services dans le domaine des soins—et tout particulièrement les services d'évaluation et d'orientation, qui ont connu une croissance si extraordinaire—a été acheminée vers le ministère de la Santé par l'intermédiaire des programmes des Conseils de la santé de chaque district. Ces conseils ont pour rôle d'examiner les propositions en fonction des autres priorités en matière de soins et de classer les propositions en fonction de ces priorités. Puisque 26 services sont aujourd'hui financés par le ministère de la Santé dans diverses parties de la province, vous pouvez juger de l'importance de l'appui fourni par les Conseils de la santé des districts pour l'évolution de ces services.

Le personnel du programme de la santé mentale communautaire, au ministère, est chargé de surveiller tous les programmes financés qui intéressent la dépendance et la santé mentale dans la province. En 1986-1987, le ministère a fondé 80 programmes dans le domaine de l'accoutumance, à raison de 15.4 millions de dollars. En 1987-1988, il existe maintenant 93 programmes de lutte contre la dépendance comportant un budget total de 22 millions de dollars.

En décembre 1985, le ministère de la Santé a produit sa politique sur les services de lutte contre la dépendance, dont vous trouverez le texte, que nous avons annexé au mémoire. Cette politique, comme l'a mentionné le Dr Marshman, incorpore le concept d'un ensemble cohérent de soins et accorde une grande importance aux programmes de consultations externes et de traitements diurnes. Il convient de noter que cette politique a constitué un tournant dans le domaine de la lutte contre l'accoutumance en Ontario et que cette politique est tout à fait conforme aux conseils formulés par l'*Addiction Research Foundation* pour l'essor des services de traitements depuis 10 ans.

Dans son discours du Trône du 28 avril 1987, le lieutenant-gouverneur a fait allusion à la nécessité de créer des services communautaires pour les jeunes. Outre qu'ils donnent suite à une idée formulée par le Dr Marshman, ces services devront être appuyés par le réseau des services existants, sur lequel ils devront aussi se fonder, si la province veut éviter un double emploi coûteux des services.

Les services d'évaluation et d'orientation ne sont qu'un seul des éléments du service de lutte contre



[Text]

Ontario at this point. These services are seeing young people, although not in large numbers at this time. With additional training for existing staff, further refinements in the assessment instruments to meet the needs of younger clients, and, in some instances, additional "Outreach" staff, these existing assessment services can provide a valuable entry point into the addictions treatment system for the young population.

Federal support for youth addiction services in Ontario would encourage the needed service development while at the same time building on an existing service delivery structure.

Thank you, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Becks, for summarizing so effectively your presentation to us.

Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** On page 5 you say that in 1983 the major problems in order of frequency were alcohol, drugs, and mental health problems. Could you tell me if it is quite the same for adults and youth? Is it the same rank? Do youth have more problems with drugs or with alcohol?

**Mr. Becks:** There is a higher proportion of drug problems with youth, but I cannot give you any numbers because we do not really have those data at this point. But, yes, there is a switch in the trend. Mr. Martin, in his following presentation, will give you more information on that.

**Mr. Grondin:** Are there any statistics or something that will tell us how many of your clients are coming back? Some clients come for treatment and some others are usual clients or they have to come back because they have problems that are always there. Even if they have treatment, they do not recover; they have to come back. Do you have any statistics on that?

• 1005

**Mr. Becks:** The statistics would really depend on the service we are talking about. If it is an assessment referral service, most of those people coming only come once. It is a very small number who come back a second time. However, if we are talking about detox units, we are talking about the largest percentage being individuals who come back for the second, third, and sometimes many more admissions to a detox unit. I am not trying to avoid the question, it just depends on the service component we are talking about, the number of repeated admissions there are.

**Mr. Grondin:** I think that is okay for me.

**The Chairman:** Mr. White.

[Translation]

l'accoutumance qui existent déjà dans la plus grande partie de l'Ontario. Ces services comptent dans leur clientèle des adolescents, qui n'y sont toutefois pas très nombreux à l'heure actuelle. Grâce à une formation plus poussée du personnel existant, au perfectionnement des moyens d'évaluation en fonction des besoins des jeunes clients et, dans certains cas, à un personnel additionnel chargé du dépistage, ces services d'évaluation existants pourront fournir à la jeune population une importante porte d'accès aux services de traitement de l'accoutumance.

Un appui du palier fédéral aux services ontariens de lutte contre l'accoutumance auprès des adolescents encouragerait l'essor des services qui s'impose tout en renforçant une structure existante de prestation des services.

Merci, monsieur le président.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Becks, d'avoir résumé votre mémoire d'une manière aussi efficace à notre intention.

Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** A la page 5, vous dites que, en 1983, les principaux problèmes, selon leur fréquence, étaient l'alcool, les drogues et la santé mentale. Pourriez-vous me dire si la situation est tout à fait la même dans le cas des adultes et dans le cas des adolescents? Le classement est-il le même? Les adolescents ont-ils plus de problèmes pour ce qui est des drogues ou pour ce qui est de l'alcool?

**M. Becks:** La proportion des problèmes liés à la drogue est plus élevée chez les jeunes, mais je ne saurais vous fournir aucun chiffre car nous ne possédons pas encore ces données. Effectivement, la tendance se modifie. Dans sa présentation, qui suivra la mienne, M. Martin va vous renseigner davantage à ce sujet.

**M. Grondin:** Y a-t-il des données statistiques ou autres qui nous disent combien de vos clients reviennent chez vous? Il y a des clients qui viennent se faire traiter et d'autres qui sont des clients habituels ou qui sont revenus à cause de problèmes qui continuent d'exister. Malgré les traitements, ils ne sont pas guéris; ils doivent revenir. Avez-vous des données statistiques à ce sujet?

**M. Becks:** Les statistiques dépendent, en réalité, du service dont il est question. S'il s'agit d'un service d'évaluation et d'orientation, la plupart des gens ne s'en prévalent qu'une seule fois. Très peu reviennent. Mais, s'il s'agit de centres de désintoxication, la plupart des clients sont des personnes qui reviennent une deuxième, une troisième fois ou même plus souvent encore. Je n'essaie pas d'éviter de répondre. Le nombre des réadmissions dépend tout simplement de l'élément de service dont il s'agit.

**M. Grondin:** Cela me suffit.

**Le président:** Monsieur White.

[Texte]

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. I want to follow up on one area. I was frankly surprised to read from your brief on page 2 that:

... supported the basic position that alcoholism can be treated in outpatient settings with equal effectiveness and substantially lower costs than in inpatient settings for selected clients.

Perhaps it is not a fair question, because you mentioned to Mr. Grondin that it would be answered by Mr. Martin, but do any of the statistics show that is as effective for youth, as with adults, who are having problems with alcohol?

**Mr. Becks:** I am going to defer that question to Mr. Martin, in that I have not had a lot of experience personally in dealing with the younger population. My sense is there is more of a need for a balance between outpatient and some residential services. But the residential component does not have to be handled as a part of the treatment program, the residential component can be an alternate living environment that just provides housing while an individual is involved in the program. That is as far as I would like to go on that one.

**Mr. White:** The major expansion, as you mentioned, has been in the assessment referral side. Do you think that is because with limited funds that is where the greatest need has been? And if more funds become available, for example in a national drug strategy of some kind, do you see most of the emphasis being put in that area, or are the other areas you mentioned—the eight you list here—in dire need of expansion as well?

**Mr. Becks:** Within the province of Ontario, different communities and different geographies have different requirements. Northern Ontario, for example, has a larger need for residential kinds of programming because of the vast geographic distances involved and difficulty of clients getting access to treatment.

The major deficiency at this point is in the area of outpatient and day treatment. Province-wide, that is one of the areas of service that is really lacking. And if I can use an analogy, it is similar to what happened within the hospital field several years ago, where there was more inpatient treatment than out-patient surgery; in fact, there were disincentives for hospitals in Ontario to provide surgery on an out-patient basis. When that was rectified, there was a significant decrease in surgical beds and more money, and a larger volume of clients being treated on an out-patient basis. The same thing, I think, can apply within the addictions field.

[Traduction]

**M. White:** Merci, monsieur le président. J'aimerais poursuivre l'examen d'un secteur en particulier. J'ai été franchement surpris de lire, à la page 2 de votre mémoire:

... a appuyé l'essentiel du point de vue selon lequel l'alcoolisme peut être traité au cours de consultations externes avec la même efficacité et bien moins cher que dans des établissements de soins, dans le cas de certains clients.

J'ai peut-être tort de poser cette question, car vous avez répondu à M. Grondin que la réponse serait fournie par M. Martin, mais avez-vous des données statistiques établissant que cette méthode est aussi efficace dans le cas des adolescents que dans celui des adultes qui ont des problèmes d'alcool?

**M. Becks:** Je vais laisser M. Martin répondre à cette question, car je n'ai pas moi-même beaucoup d'expérience pour ce qui est de traiter avec la population jeune. J'ai l'impression qu'il faut un meilleur équilibre entre les consultations externes et le traitement en établissement. Mais il n'est pas nécessaire que l'établissement fasse partie du programme de traitement; il peut constituer tout simplement un autre milieu de vie qui fournit l'hébergement pendant que le client se soumet au programme. C'est tout ce que je trouve à dire à ce sujet.

**M. White:** La grande expansion, comme vous l'avez dit, se situe dans le domaine de l'évaluation et de l'orientation. Est-ce, selon vous, parce que, étant donné le peu de fonds, c'est là qu'on trouve le plus grand besoin? Si l'on en vient à disposer de plus de fonds, par exemple à cause d'une stratégie nationale sur les drogues, croyez-vous que cet aspect-là sera considéré comme le plus important ou bien une grande expansion est-elle aussi nécessaire dans le cas des autres secteurs que vous avez mentionnés... les huit secteurs que vous énumérez ici?

**M. Becks:** Dans l'ensemble de l'Ontario, les diverses localités et les diverses situations géographiques comportent des exigences différentes. Le nord de l'Ontario, par exemple, a davantage besoin de traitements en établissement à cause des grandes distances et de la difficulté que les clients éprouvent à se rendre aux lieux de traitement.

La plus grande lacune, à l'heure actuelle, est dans le secteur des consultations externes et des traitements diurnes. Pour l'ensemble de la province, c'est un des secteurs de services qui est le plus déficient. Si je puis me permettre une analogie, c'est un peu comme ce qui s'est passé dans les hôpitaux il y a plusieurs années. Les traitements en établissement étaient plus nombreux que les cas de chirurgie en clinique externe; les hôpitaux de l'Ontario étaient même peu encouragés à fournir des soins chirurgicaux dans leurs cliniques externes. Après que cette situation a été corrigée, il s'est produit une baisse importante du nombre des lits destinés à la chirurgie; plus d'argent et plus de clients ont marqué le régime des consultations externes. Le même principe, d'après moi, peut s'appliquer au domaine de la dépendance.



[Text]

Historically, residential treatment programs have been the approach for many, many years, and it is a fairly ingrained approach. What research is finding is that not all individuals require that intense level of treatment. The least costly intervention should be the ones tried first, and then if that does not work, you move to a next level of intensity until you get the fit between the client's needs and a treatment program that is going to work for the individual.

• 1010

**Mr. White:** I think, Mr. Chairman, there is some very valuable material in the brief, and I hope once we can get a national program established we can bypass a lot of the research that has obviously been done and some of the work that is in the paper here, that we would be able to base a national program on a lot of the systems that have been established in the paper. Thank you very much, Mr. Becks.

**The Chairman:** Thank you, Mr. White. The Chair would like another question or two. Mr. Becks, I may be a little provocative deliberately, just to be a bit of a devil's advocate. My question is a little bit along the line of Mr. White's.

I was interested in your eight different areas, and, in a sense, you are bragging about the great increase in the assessment-referral area.

I would wonder if that is not the easiest of all eight areas to show an increase in, and probably the least necessary in a sense. I say this because it is so simple really. It does not take much skill to identify the need for detoxification, or to identify where one should go for some help, for a client. It seems to me that the real skills seem to be in the areas of how to handle the patients or clients. How do you handle them? How do you really help them? It is unlike the medical area I am familiar with: a diagnosis of pneumonia. You know what to do and you cure it. However, when you get into these areas of human behaviour, it becomes pretty difficult, and it seems to me that is where we are lacking in our skills. I think that is where we need to be spending more money, and I think Mr. White was perhaps implying that in his questions.

I wonder if you would like to comment on that. In other words, should we as a committee be recommending that we should put more emphasis in any one of these eight areas? I would think the least necessary now would be the assessment-referral area, the very least.

**Mr. Becks:** My sense is that assessment-referral services are a key entry point that has never been in existence before. One of the key functions that they do provide is to

[Translation]

Historiquement, les programmes de traitement en établissement ont constitué l'approche privilégiée pendant de très nombreuses années et c'est une approche qui est inscrite dans la pratique. Ce que révèlent les travaux de recherche, c'est que tout le monde n'a pas besoin de traitements aussi intensifs. On devrait d'abord intervenir de la manière la moins coûteuse, puis, si cela ne fonctionne pas, passer au prochain niveau d'intensité jusqu'à ce qu'on en arrive à l'équilibre voulu entre les besoins du client et un programme de traitement qui fonctionne pour cette personne.

**M. White:** À mon avis, monsieur le président, le contenu de ce mémoire est très précieux et j'espère que, après avoir créé un programme national, nous pourrions éviter beaucoup de travaux de recherche qui ont déjà été faits et dont le travail se traduit dans le présent document. Nous pourrions fonder un programme national sur plusieurs des réseaux qui ont été créés et dont le document fait état. Merci beaucoup, monsieur Becks.

**Le président:** Merci, monsieur White. À titre de président, j'aimerais que quelques autres questions encore soient posées. Monsieur Becks, je vais me faire un peu méchant à dessein, me faire un peu l'avocat du diable. La question que je veux vous poser ressemble à celle de M. White.

J'ai trouvé intéressants vos huit secteurs différents et, dans une certaine mesure, vous vous vantez de la grande croissance qui a marqué le domaine de l'évaluation et de l'orientation.

Je me demande si, des huit secteurs, ce n'est pas celui où il est le plus facile de réaliser la croissance, si ce n'est pas aussi là où c'est le moins nécessaire. C'est tellement simple, en somme. Il n'est pas besoin de grandes compétences pour établir qu'une désintoxication s'impose, pour déterminer les endroits où pourra être fournie l'aide dont le client a besoin. Il me semble que les vraies techniques sont celles du traitement même des patients. Comment doit-on s'occuper d'eux? Comment peut-on vraiment les aider? Ce n'est pas comme le domaine de la médecine que je connais bien: le diagnostic de la pneumonie. Nous savons ce qu'il faut faire et nous guérissons la maladie. Mais, lorsqu'on aborde ces domaines du comportement humain, cela devient passablement difficile et il me semble que c'est là que nos techniques font défaut. Je pense que c'est là qu'il nous faut dépenser plus d'argent et je pense que M. White faisait illusion à cela en posant ses questions.

Aimeriez-vous commenter cette question. En d'autres termes, à titre de Comité, devrions-nous recommander qu'il soit accordé plus d'importance à l'un ou l'autre de ces huit secteurs? Il me semble que le secteur de l'évaluation et de l'orientation est le moins nécessaire pour l'instant, qu'il devrait se placer au tout dernier rang.

**M. Becks:** À mon avis, les services d'évaluation et d'orientation sont une porte d'accès qui n'existait pas auparavant. Une des principales fonctions de ces services



[Texte]

do a comprehensive assessment of an individual, and treatment programs, as they now exist, do not. It provides a good solid starting point that has not been available before, and—

**The Chairman:** I will be glad to accept that defence of that. I will go on now with a corollary to that and ask this question: given the importance of assessment and referral, how successful are you in having clients referred to you who need treatment? I guess what I am saying is this: what percentage of the population that should be coming to you are actually coming to you? Have you developed any mechanism to get people to come to you so that you can refer them for some kind of treatment?

**Mr. Becks:** One of the comments that I must make, again in defence of the assessment referral system, is that these individual services are very small units. They sort of average in size about two and a half professional staff members.

They are a new part of the system so they almost have to fight their way into the existing treatment network in a lot of communities. Most of their individuals are coming on a self-referral basis. They are now beginning to make inroads into the medical community and get referrals from hospitals and physicians at the community level.

The difficulty is that do not have the staff to advertise the service because they cannot handle the volume, and so it is new. It is a growing system, but it is receiving a lot of support from community agencies that not only are making referrals into it but are receiving referrals from that entry point.

**The Chairman:** I have one last question, with the indulgence of my colleagues. Could we ask you to comment on one step in the whole process that probably antedates all these eight that you refer to here? Are you doing any research or study into what are the problems that people have in living today, particularly young people? What are the problems that lead them into a situation where they seem to want to get into the habit of using drugs for relief? I do not see anything here that would suggest that ARF is involved in that, but maybe you are.

As people who are trying to be legislators, I guess we should be looking the root causes, and I am wondering what they are and whether we should be addressing those as a committee. Should we be addressing those causes as well as the actual treatment and identification of the problems of drugs and alcohol abuse? But should we be going one step further, early into the study, to see if we

[Traduction]

est de réaliser une évaluation approfondie du sujet, ce qui n'est pas fait par les programmes de traitement existants. On obtient ainsi un bon point de départ qui n'existait pas auparavant et. . .

**Le président:** J'accepte avec plaisir cette défense. J'aimerais passer maintenant à un corollaire en posant la question suivante: étant donné l'importance de l'évaluation et de l'orientation, quel succès avez-vous pour ce qui est des clients qui ont besoin des traitements et qui sont orientés vers vous? En d'autres termes, parmi les gens qui devraient se présenter à vous, quel est le pourcentage de ceux qui se présentent effectivement? Avez-vous créé un mécanisme pour que les gens se présentent à vous et que vous puissiez à votre tour les orienter vers une modalité de traitement?

**M. Becks:** Encore une fois, pour défendre le système d'évaluation et d'orientation, j'aimerais formuler le commentaire suivant. C'est que ces services particuliers sont de très petites unités qui comptent, en moyenne, deux professionnels et demi.

Ces services constituent une partie nouvelle du réseau. Ils doivent donc lutter pour se faire accepter dans le réseau de traitement existant à beaucoup d'endroits. La plupart de leurs clients se présentent spontanément. Ces services commencent à se faire connaître un peu mieux au sein de la profession médicale et ils obtiennent des clients des hôpitaux et des médecins au niveau de la localité.

Le problème, c'est que ces unités ne possèdent pas suffisamment de personnel pour pouvoir annoncer leurs services; elles ne sauraient admettre une trop grande quantité de clients. De plus, elles existent depuis peu. C'est un réseau en croissance, mais qui reçoit beaucoup d'appui de la part des organismes communautaires qui non seulement leur envoient des clients mais encore en reçoivent eux-mêmes à partir de ce point d'entrée.

**Le président:** J'ai une dernière question à poser, avec la permission indulgente de mes collègues. J'aimerais vos commentaires sur une étape particulière de l'ensemble du processus, qui est sans doute antérieure aux huit secteurs que vous mentionnez ici. Faites-vous des travaux de recherche ou des études sur les problèmes que les gens connaissent à l'heure actuelle, particulièrement les adolescents? Quels sont les problèmes qui les font aboutir à une situation où ils ont l'air de vouloir former l'habitude d'utiliser des drogues pour y trouver un soulagement? Je ne vois rien ici qui indique que l'ARF s'occupe de cela, mais peut-être s'en occupe-t-elle.

• 1015

À titre de législateurs éventuels, nous devrions peut-être rechercher la racine du mal. Je me demande ce que sont ces racines et si, à titre de Comité nous devons les rechercher. Devrions-nous examiner ces causes autant que le traitement effectif et la détermination des problèmes de l'abus des drogues et de l'alcool? Peut-être devrions-nous faire un pas de plus, au début de notre examen, pour voir

[Text]

cannot find out why these people are getting into the problems they are?

**Mr. Becks:** You are asking for a level of detail specific to youth, and I will defer that question to the following presenter, Mr. Martin, who will talk about the specific youth clinic program at the Addiction Research Foundation. He has a lot of data on the actual client group. The assessment services I have mainly been talking about are province-wide, and as I say, they are seeing a small portion of youth at this point. But it is a significant number.

**The Chairman:** I will pursue it, because I have some interesting concerns in that area that I would like to pursue.

**Mr. Rosenbaum:** Mr. Becks indicated that the Addiction Research Foundation has conducted three surveys of treatment services in Ontario. I was wondering what those surveys say about waiting lists and waiting times for treatment and what the surveys say about the need for additional services for adolescents.

**Mr. Becks:** The 1983 survey was the first one that had any mention of assessment and referral services, and one of the significant concerns raised was a waiting list at that point. The corollary to the concern was that in some of those instances there was not sufficient staffing to be able to handle the volume of clients being seen.

That was the specific one out of 1983. I cannot comment on the 1986. As I say, the results are preliminary. There is concern, however, with some of the residential programs being able to admit people fairly quickly. I think there are some specific deficiencies for youth programs in the province, and there are waiting-period problems, but I do not have any data I can provide on this.

**Mr. Paul Rosenbaum (Researcher for the Committee):** Does the Province of Ontario require evaluation of newly funded treatment programs for addictions, including the newly funded assessment and referral services?

**Mr. Becks:** Yes, they do. Any program funded by the Community Mental Health Branch is given funding on a two-year basis, during which the program is evaluated or monitored by them before it would achieve a permanent funding status.

**The Chairman:** I might pursue one other one. It is on the subject of in-patient versus out-patient treatment. We have certainly been on a kick, as you indicate in your presentation here, and it shows up in other areas of health care, of trying to get people out of institutions. I am not trying to deprecate that at all, but we are so guilty in our society of the pendulum situation, where we swing from

[Translation]

quelles peuvent être les raisons qui font que les gens en viennent à éprouver les problèmes avec lesquels ils sont aux prises?

**M. Becks:** Les renseignements qui vous intéressent s'appliquent expressément à la jeunesse et je laisse le soin d'y répondre à M. Martin, qui me suivra et qui parlera du programme particulier des cliniques pour jeunes de l'*Addiction Research Foundation*. Il possède une foule de données sur ce groupe de clients en particulier. J'ai surtout parlé des services d'évaluation, qui intéressent toute la province et dont, je le répète, la clientèle est formée d'adolescents dans une faible proportion, pour l'instant. Mais c'est un nombre important.

**Le président:** Je vais donner suite à cette question, qui englobe des problèmes intéressants dont j'aimerais poursuivre l'examen.

**M. Rosenbaum:** M. Becks a dit que l'*Addiction Research Foundation* avait réalisé trois enquêtes sur les services de traitement de l'Ontario. Je me demande ce que ces enquêtes révèlent au sujet des listes d'attente et des délais d'attente en ce qui concerne les traitements et ce que ces enquêtes révèlent sur la nécessité de services additionnels pour les adolescents.

**M. Becks:** L'enquête de 1983 est la première où il a été question de services d'évaluation et d'orientation et le problème d'une liste d'attente à cette étape est un des problèmes importants qui sont alors apparus. Le corollaire de ce problème c'est que, dans certains de ces cas-là, on ne possédait pas suffisamment de personnel pour s'occuper de tous les clients à accueillir.

Cela, c'est l'enquête de 1983. Je ne peux pas commenter celle de 1986. Je le répète, les résultats n'en sont que préliminaires. Certains des programmes de traitement en établissement créés des problèmes, toutefois, car il ne semble pas pouvoir accueillir leurs patients avec suffisamment de rapidité. Je pense qu'il y a des lacunes précises dans le cas des programmes pour la jeunesse dans la province et il y a des problèmes d'attente, mais je n'ai pas de données que je puisse fournir à ce sujet.

**M. Paul Rosenbaum (rechercheur du Comité):** La province d'Ontario exige-t-elle l'évaluation des programmes de traitement des accoutumances que l'on commence à subventionner, en particulier les services d'évaluation et d'orientation?

**M. Becks:** Oui. Tout programme qui est subventionné par la direction générale de la santé mentale communautaire reçoit des subventions pour une période de deux ans au cours de laquelle le programme est évalué ou suivi par le ministère avant d'obtenir le régime du financement permanent.

**Le président:** J'aimerais poser une autre question. Il s'agit des traitements externes par opposition aux traitements internes. La mode est aujourd'hui à sortir les gens des établissements, comme vous l'avez indiqué dans votre mémoire et comme cela apparaît dans d'autres domaines des soins de santé. Je ne m'y oppose absolument pas, mais notre société est marquée par un mouvement de



[Texte]

one extreme to the other, and there is evidence that we probably have swung very quickly from the institutional idea to the community-based idea; far more quickly than we were able to handle the situation with proper community support systems. I am wondering whether you would care to comment on that as a problem in the drug and alcohol treatment situation. Should we be moving to treat more people in institutions for some good reason, or should we be moving more rapidly to more out-patient services? I am just wondering what your view is on that balance and where we stand in the swing of the pendulum at the present time.

• 1020

**Mr. Becks:** If I understand the question correctly, I think if we compare the addictions field to the psychiatric field, there was too swift a swing from institutions to community-base without the supports being built in to handle that population. I do not think the same thing is happening in the addictions field at all. The number of in-patient beds has not really decreased, but slowly out-patient and day-treatment slots are being added. So it is an evolution. It is not causing a problem that way. But there needs to be more focus put on those out-patient and day-treatment beds.

When I say day-treatment, I should qualify that. I also mean evening-treatment. For example, an individual can, if still employed, go to work but still take advantage of a treatment program in the hours he or she is not working. So there is less infringement on a patient's normal way of life. In contrast, a residential program literally plucks people out of their normal surroundings and removes them for a period of time.

**The Chairman:** With respect to the predictable contribution that the federal government may be making financially into this whole area, through their national drug strategy, and given the particular interests that you have, have you any suggestions as to how funding that might be available could best be used by your aspect of the services? Perhaps you could comment on that. How would you like to see the funding handled vis-à-vis the two levels of government and vis-à-vis your institution as an ARF?

**Mr. Becks:** Within the Province of Ontario the funding for addiction services comes through two ministries, either Ministry of Health or Ministry of Community and Social Services. Community and Social Services are funding some of the long-term residential programs, or recovery residences, in the province. There is cost-sharing on those with the federal government, I understand.

[Traduction]

pendule qui nous fait passer d'un extrême à l'autre et il est probable, semble-t-il, que nous soyons passés très vite de la hantise des établissements à la hantise des services communautaires; nous n'avons fait beaucoup plus vite que nous n'avons pu nous occuper de la situation avec de bons services de soutien communautaires. J'aimerais entendre vos commentaires sur ce problème par rapport au traitement de l'abus des drogues et de l'alcoolisme. Devrions-nous entreprendre de traiter plus de gens dans les établissements lorsqu'il y a de bonnes raisons de le faire ou bien devrions-nous mettre davantage l'accent sur un plus grand nombre de services de consultation externe? J'aimerais connaître votre opinion sur cet équilibre et sur la situation présente du pendule.

**M. Becks:** Si je comprends bien votre question, il me faut dire que, si nous comparons le domaine de l'accoutumance avec le domaine de la psychiatrie, on est passé trop vite des établissements au service communautaire sans créer les appuis qu'exigeait cette clientèle. Il ne me semble pas que la même chose se soit produite dans le domaine de l'accoutumance. Le nombre des lits d'hôpital n'a pas diminué, mais on ajoute peu à peu des services de consultation externe et de traitements diurnes. Les choses évoluent, par conséquent. Il n'y a pas de nouveaux problèmes sur ce plan. Mais il importe d'accorder plus d'importance à ces consultations externes et à ces lits pour traitements diurnes.

En parlant de traitements diurnes, je dois préciser. Cela inclut les traitements le soir. Par exemple, quelqu'un qui travaille toujours peut ne pas interrompre ses heures de travail tout en profitant d'un programme de traitement pendant les heures où il ne travaille pas. On dérange moins, de cette manière, le mode de vie normale du client. Au contraire, les programmes de traitement en établissement arrachent littéralement les gens à leur milieu normal, dont il les garde éloigné pendant un certain temps.

**Le président:** En ce qui concerne la contribution financière prévisible du gouvernement fédéral à tous ces domaines par le biais de la stratégie nationale sur les drogues et étant donné les points qui vous intéressent en particulier, avez-vous des suggestions à formuler sur la meilleure utilisation possible, par les services qui vous intéressent, des moyens de financement qui pourraient être offerts? Quels sont vos commentaires à ce sujet? Comment aimeriez-vous voir les fonds se répartir entre les deux paliers de gouvernement et par rapport aux institutions qui poursuivent les mêmes buts que la vôtre?

**M. Becks:** Dans la province d'Ontario, le financement des services de traitement de l'accoutumance proviennent de deux ministères, soit le ministère de la Santé soit celui des Services sociaux et communautaires. Ce dernier ministère finance certains programmes à long terme de traitement en établissement ou de séjour dans des maisons de convalescence de la province. Je crois savoir qu'il y a partage des coûts pertinents avec le gouvernement fédéral.



[Text]

I would like to emphasize the point that if there were more of a priority placed by the federal government on cost-sharing the out-patient and day-treatment through both ministries at this point, that would be terrific.

**Mr. White:** Mr. Chairman, perhaps I could just ask one question of Mr. Becks. In Dr. Marshman's presentation she mentioned that part of a national drug strategy should be an expert advisory group. Is there such a group presently in Ontario to help prioritize the strategy for a drug program in Ontario?

**Mr. Becks:** That would be the only. . . no, there is not a provincial group as such.

**Mr. White:** Is there nothing within the ARF or within the Ministry of Health in Ontario? I am not from Ontario, so I do not know what sort of program they have as far as an expert advisory group.

**Mr. Becks:** There are various groups. Within the Addiction Research Foundation we have certainly a lot of expertise and access to a lot of expertise. Within our division we have one overall provincial planning committee that works with the administration in service development. We relate closely to staff at community mental health programs at the Ministry of Health. We work with a provincial group called the Alcohol and Drug Recovery Association. But I am not sure what to tell you beyond that. There is no one comprehensive group. One of the significant groups, though, in the province is District Health Councils in planning for all health service developments in their particular geographic area. That is a key planning group that our staff or any community group that wants to develop a new health care proposal has to go through.

**Mr. White:** Thank you.

**The Chairman:** Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** But there will be another advisory group that will be created at the federal level, if it is possible. That is what Dr. Marshman spoke about in her speech. Do you agree with that?

• 1025

**Mr. Becks:** Yes.

**The Chairman:** I have one last question. I may have asked it earlier but skimmed over it; my apologies if I missed the answer. I wonder whether ARF has been able to do any studies to see to what extent you are getting referrals from people who should be referred either to your organization or to some of the other community groups. The reverse question is how many people out in the community are not, for whatever reason, getting the help they should be getting, either because they do not

[Translation]

J'aimerais insisté là-dessus: si le gouvernement fédéral accordait un rang prioritaire plus élevé au partage du coût des consultations externes et du traitement diurne par l'intermédiaire des deux ministères, ce serait formidable.

**M. White:** Monsieur le président, j'aimerais poser une autre question à M. Becks. Dans son exposé, le Dr Marshman a dit que la stratégie nationale sur les drogues devrait comporter un groupe consultatif formé de spécialistes. Y a-t-il un groupe de ce genre qui existe à l'heure actuelle en Ontario et qui aide à établir les priorités dans la stratégie d'un programme touchant les drogues en Ontario?

**M. Becks:** Ce serait seulement. . . non, il n'existe pas de groupe provincial proprement dit.

**M. White:** N'y a-t-il rien au sein de l'ARF ou du ministère de la Santé de l'Ontario? Je ne suis pas Ontarien, de sorte que je ne sais pas quel peut être le programme de cette province au sujet d'un groupe consultatif de spécialistes.

**M. Becks:** Il existe divers groupes. Au sein de l'*Addiction Research Foundation*, nous possédons certes beaucoup de connaissances spécialisées et nous avons accès à beaucoup de connaissances de ce genre. Dans notre division, nous possédons un comité de la planification provinciale d'ensemble qui travaille conjointement avec l'administration à l'élaboration des services. Nous travaillons en collaboration étroite avec le personnel des programmes de la santé mentale communautaire au ministère de la Santé. Nous travaillons avec un groupe provincial qui s'appelle l'*Alcohol and Drug Recovery Association*. Mais, que puis-je vous dire de plus? Il n'existe pas de groupe unique qui englobe tout. Un des groupes importants de la province, toutefois, est constitué par les conseils de districts de la santé, qui planifie toute l'expansion des services de santé dans leur région respective. C'est là un organisme de planification essentielle par lequel doivent passer les membres de notre personnel ou ceux de tout groupe communautaire qui désire réaliser un nouveau service de soins de santé.

**M. White:** Merci.

**Le président:** Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Mais un autre groupe consultatif sera créé au palier fédéral, si possible. C'est ce dont le docteur Marshman a traité dans son exposé. Souscrivez-vous à ce point de vue?

**M. Becks:** Oui.

**Le président:** J'aurais une dernière question. Je l'ai peut-être déjà posée, mais rapidement; excusez-moi si j'ai manqué la réponse. Je me demande si la Fondation a fait des études pour déterminer dans quelle mesure on aiguillait vers elle des personnes qui devraient être dirigées vers votre organisme ou d'autres groupes communautaires. Inversement, combien de personnes, dans la collectivité, ne reçoivent pas, pour quelques raisons que ce soit, l'aide qu'elles devraient obtenir, soit

[Texte]

realize they need help or because they refuse to let themselves receive help. In other words, do we have a large segment in the community not getting the help they should be getting; and if so, what are those figures; and if we do not know the answer, is there a way of finding out?

**Mr. Becks:** Yes, there is a large segment not getting help. I do not have the figures at hand, but one of the explanations is that in many instances what has happened is we have been in the past treating people who were very much deteriorated when we were talking of recovery residences or long-term residential programs and detoxes. That population using those facilities has, in most instances, lost family and job supports. So we were dealing with one end of the continuum. Now we are starting to get people at an early identification level, through education, physicians picking up people earlier within their practices, individuals being identified through emergency departments of hospitals. There are a lot more early identification points that we need to build more services on to be able to pick out that population earlier; to reinforce that finding that the less deteriorated an individual is, the better the prognosis. But a lot more attention needs to be paid at the front end.

I am sorry, I do not have a number to back that up.

**The Chairman:** May I thank you very much for being with us this morning, Mr. Becks. Your testimony has been very interesting and helpful. We look forward to hearing further from your colleagues.

• 1027

• 1034

**The Chairman:** Order, please.

The next witness is Mr. Garth Martin, who will be talking to us on drug use, clinical issues, and opportunities.

Mr. Martin, we have a significant brief from you as well, for which we thank you. Perhaps you would like to run us through this and give us some introductory comments, and then we will ask you some questions.

• 1035

**Mr. Garth Martin (Head, Sociobehavioural Treatment Services, Addiction Research Foundation):** Fine. Thank you very much, Mr. Chairman.

I will try to take you through this and highlight what I think are the key points. My presentation will focus

[Traduction]

parce qu'elles ne se rendent pas compte qu'elles ont besoin d'aide, soit parce qu'elles refusent de se faire aider. Autrement dit, y a-t-il actuellement un secteur important de la collectivité qui ne bénéficie pas de l'aide qu'elle devrait recevoir; dans l'affirmative, pouvez-vous nous donner des chiffres; si vous n'avez pas la réponse, y a-t-il moyen de l'obtenir?

**M. Becks:** Il y a en effet un secteur important de la population qui ne reçoit pas d'aide. Je n'ai pas de chiffres sous la main, mais une des explications est que, dans bien des cas, nous avons traité par le passé des personnes dont l'état s'était grandement détérioré au moment où il a été question de résidences de récupération, de programmes résidentiels à long terme et de centres de désintoxication. Dans la plupart des cas, les personnes qui ont eu recours à ces services avaient perdu leur emploi, leur famille. Nous nous trouvions donc à traiter une extrémité d'un continuum. Or nous réussissons maintenant à dépister les gens plus tôt, grâce à des programmes de sensibilisation, grâce aux médecins qui parviennent à déceler plus rapidement dans leur pratique les personnes qui éprouvent des problèmes, grâce aux services d'urgence des hôpitaux qui cernent les cas problèmes. Il nous faudrait créer beaucoup plus de points de dépistage précoce afin de pouvoir déceler plus tôt le secteur touché de la population; comme corollaire, permettez-moi d'ajouter que moins l'état d'une personne s'est détérioré, meilleur est son pronostic. Mais il faut s'intéresser bien davantage aux premières étapes.

Je m'excuse, je n'ai pas de chiffre à vous fournir.

**Le président:** Monsieur Becks, je vous remercie beaucoup d'être venu témoigner devant nous ce matin. Votre témoignage a été fort utile et intéressant. Il nous tarde d'entendre les vues de vos collègues.

**Le président:** A l'ordre s'il vous plaît.

Nous accueillons le témoin suivant M. Garth Martin, qui nous entretiendra de toxicomanie, de questions cliniques et des possibilités qui s'offrent.

Monsieur Martin, vous nous avez aussi présenté un mémoire important, dont nous vous remercions. Peut-être pourriez-vous nous en présenter les points saillants et faire quelques remarques en guise d'introduction; ensuite, nous vous poserons quelques questions.

**M. Garth Martin (chef, Services de traitement socio-comportemental, Fondation de recherches sur l'alcoolisme et la toxicomanie):** Très bien. Merci beaucoup, monsieur le président.

J'essaierai tout d'abord de vous présenter ce que je considère comme les points saillants du mémoire. Mon



[Text]

principally on youth and drugs and deal primarily with that topic from a clinical or treatment perspective.

The point I would like to make at the outset is that I will not be dealing with what I think are probably the two major drug problems with young people, tobacco and alcohol. Alcohol does turn up as part of a pattern of multiple drug use, and in that context I will be talking about it.

The second point addresses something Dr. Marshman referred to, that this is a very heterogeneous population. Most young people do not use drugs, if we disregard alcohol and tobacco. A number of drug users do not enter treatment settings because they do not regard their problem to be serious enough. Unless they are forced through the effects of episodic acute problems to enter treatment, they typically do not enter a treatment setting.

So I am talking here principally about young people who have serious drug problems and enter treatment settings to have something done about that. They are a smaller minority of the population, but they are one certainly that we are very concerned about because they are hurting; they have serious problems; their potential is being seriously undermined by virtue of being enmeshed in a pattern of drug use; and there really are not adequate services available to deal with them presently.

I speak from the context of clinical experience in the Clinical Institute, which is a teaching hospital. It is unique in Canada in its emphasis on treatment, research, and education. Youth has been one of its priorities since its opening in 1971 and we think we have learned a lot about treating young people. We are committed to "Made in Canada" solutions. We think our drug problem is different in Canada, and we are also committed to developing innovative programming based on hard evidence of research.

What I would like to do now is to give you a bit of an overview of the type of people we see and the types of things we are doing based on our experience with a youth clinic we are operating at the Clinical Institute.

Young drug users or young drug abusers: the clinical population can also be a fairly heterogeneous one and include individuals up to the age of 30. Typically, that group can be subdivided into adolescents up to the ages of 18 or 19 and a young adult population.

The age distribution of people we are seeing in our youth clinic is demonstrated in this first graph. Probably the key points to grasp from it are that there are a

[Translation]

exposé sera axé principalement sur les jeunes et la toxicomanie, et j'examinerai ce sujet surtout du point de vue clinique ou traitement.

Permettez-moi tout d'abord de signaler que je ne traiterai pas de ce que je considère probablement comme les deux principaux problèmes de toxicomanie auxquels sont exposés les jeunes, à savoir le tabac et l'alcool. Il est vrai que la consommation d'alcool se produit dans les cas d'usage de drogues multiples, et c'est dans ce contexte que je vais en parler.

Le deuxième point dont j'aimerais traiter rejoint un aspect auquel le docteur Marshman a fait allusion, à savoir que ce groupe constitue une population très hétérogène. Si l'on ne tient pas compte de l'alcool et du tabac, on peut affirmer que la plupart des jeunes ne consomment pas de drogues. En outre, plusieurs toxicomanes ne vont jamais à un centre de traitement parce qu'ils ne considèrent pas leur problème comme suffisamment grave. À moins d'être forcés, par des problèmes graves et périodiques, de se faire traiter, ils ne vont ordinairement pas à un centre de traitement.

Les jeunes dont je vais vous parler aujourd'hui sont donc principalement ceux qui ont un grave problème de toxicomanie et qui se font admettre à des centres de traitement afin d'y remédier. Il s'agit certes d'une petite minorité de la population, mais nous nous en inquiétons grandement parce qu'elle souffre; elle a de graves problèmes; son potentiel se trouve grandement miné parce qu'elle est prise dans le filet de la toxicomanie; et à l'heure actuelle, il n'existe pas vraiment de services adéquats pour répondre à ses besoins.

Je me place dans le contexte d'une expérience clinique, au *Clinical Institute*, qui est un hôpital d'enseignement. Il est le seul du genre au Canada du fait qu'il met l'accent sur le traitement, la recherche et l'éducation. Depuis son ouverture en 1971, les jeunes ont constitué une de ses priorités, et nous pensons avoir beaucoup appris au sujet du traitement des jeunes. Nous nous sommes engagés à trouver des solutions proprement canadiennes. Selon nous, nous connaissons au Canada un problème toxicomanie différent et nous tenons aussi à mettre en place des programmes novateurs reposant sur des preuves concrètes de recherche.

J'aimerais maintenant vous donner une idée du genre de personne que nous voyons et du genre de mesure que nous prenons, compte tenu de notre expérience au sein d'une clinique pour jeunes que nous administrons au *Clinical Institute*.

En ce qui concerne les jeunes qui consomment ou qui font un usage abusif des drogues, la population desservie par la clinique semble assez hétérogène et inclut des personnes jusqu'à l'âge de 30 ans. On peut ordinairement diviser le groupe en deux, soit les adolescents jusqu'à l'âge de 18 ou 19 ans et la population des jeunes adultes.

Vous pouvez voir à ce premier graphique la répartition selon l'âge des personnes que nous voyons à notre clinique pour les jeunes. Probablement un des premiers points sur



*[Texte]*

significant number of under-16-year-olds; we have been seeing more of them recently; that includes individuals as young as 11 and 12 years of age. So this problem can occur at a very young age and of course is very tragic in that context.

These are not the major numbers. The real volume part of the problem tends to appear more among young adults. So individuals in perhaps their late teens but typically in their early 20s comprise the majority of young drug abusers we would see.

The pattern of drug use for drug abusers is typically multiple drug use. Young drug users do not stick to one particular substance; they use a variety of substances.

I want to present some information about the distribution of the different drugs. We have organized that into drug classes. The classes I will be referring to are alcohol; cannabis, which includes marijuana and hashish; cocaine; narcotics, which is a class including heroin and other opiate derivatives; hallucinogens, including principally LSD; stimulants; sedative hypnotics; tranquilizers; and solvents.

• 1045

Clients entering treatment report use of several classes of drug use. In a major study we undertook a few years ago to examine the characteristics of more serious cases of drug abuse, we found that on average clients reported use of six classes of drugs *[Inaudible—Editor]* not working. It may make individuals worse. I think this is probably true that in general in some instances people come out of treatment programs worse off than when they went in.

So it is not simply that a matter of trial and error will do; if this one does not work, we will try another one. It is important to be clear from the outset what in fact is going to be helpful.

There is quite a variety of different treatment options available, and it is important that we are clear about which one is suitable. Some kids need less structure, family treatment is indicated for some. Residential treatment may be important. There may be vocational needs to address. There may be stress management problems. There may be psychiatric problems. There are a variety of different issues that have to be addressed and are important in terms of matching the individual to the most appropriate treatment.

Structure is another factor that we have found to be critical in treating young people. Young drug users can be quite a handful in terms of managing a clinical population. They are not compliant, they do not simply do what we would like them to do, and we have found that it is important to use structure effectively to try to assist them towards their therapeutic goals.

*[Traduction]*

lequel je dois attirer votre attention est le fait qu'il y a un nombre appréciable de jeunes âgés de moins de 16 ans; depuis quelque temps, nous en voyons de plus en plus, et cela inclut des jeunes âgés d'à peine 11 ou 12 ans. C'est donc dire que ce problème peut se manifester à un très jeune âge, ce qui est évidemment tragique.

Mais ce n'est pas là le groupe le plus nombreux. C'est surtout parmi les jeunes adultes que le problème est le plus répandu. La plupart des jeunes toxicomanes que nous voyons sont donc rendus dans les dernières années de leur adolescence ou au début de la vingtaine.

Les jeunes toxicomanes font normalement l'usage d'une multitude de drogues. Ils ne s'en tiennent pas à une seule substance; ils en consomment de toutes sortes.

Je voudrais vous présenter quelques données au sujet de la répartition des différentes drogues. Nous les avons regroupées en différentes classes. Celles dont je vais traiter sont l'alcool; le cannabis, qui inclut la marijuana et le hashish; la cocaïne; les narcotiques, qui incluent l'héroïne et les autres substances dérivées de l'opium; les substances hallucinogènes, qui incluent principalement le LSD; les stimulants; les hypnotiques sédatifs; les tranquillisants, et les solvants.

Les clients qui viennent se faire traiter disent avoir utilisé plusieurs catégories de drogue. Dans une étude de fond que nous avons réalisée il y a quelques années afin d'examiner les caractéristiques des cas les plus graves de toxicomanie, nous avons constaté qu'en moyenne les clients signalent l'utilisation de six catégories de drogue *[Inaudible—Éditeur]*. Cela peut empirer leur cas. Je pense qu'il est vrai que, dans certains cas, les personnes qui ont reçu un traitement sont dans un état pire qu'au début de celui-ci.

On ne peut donc pas se contenter de procéder par tâtonnement, de se dire, si cela ne fonctionne pas, nous essaierons autre chose. Il faut bien savoir dès le départ ce qui va être utile.

Il y a une foule de traitements possibles, et il importe de bien savoir lequel convient à un cas particulier. Certains jeunes ont besoin d'un encadrement moins rigide, pour d'autres, c'est le traitement en famille qui convient. Le traitement en résidence peut aussi être important. Il existe aussi peut-être des besoins d'orientation professionnelle. Il peut aussi y avoir des problèmes de maîtrise du stress. Il peut y avoir des problèmes d'ordre psychiatrique. Il y a donc une foule de questions dont il faut s'occuper et dont il faut tenir compte pour choisir la sorte de traitement qui convient le mieux à la personne.

L'encadrement est un autre facteur qui nous est apparu d'une importance critique en ce qui concerne le traitement des jeunes. Les jeunes toxicomanes peuvent constituer une population clinique assez difficile à maîtriser. Ils ne sont pas dociles, ils ne font pas tout bonnement ce qu'on leur demande de faire, et nous avons constaté qu'il était important de se servir efficacement

[Text]

Structure and limits are important developmental issues for youth. Another dimension of structure that I should emphasize is structure in the natural environment. It does not matter what kind of treatment an individual is involved in. If something does not address specifically the living situation of that individual, then there is a very strong likelihood that, even with the best of intentions on the part of the young person, and with very effective treatment, things will simply resort to the way they were on the basis of the powerful forces of the natural environment.

Alternatives to drug use are a key part of what we do in treatment. Individuals are much less likely to give up drug use if they have no viable alternative. What we have found is that it is critical in our efforts to try to identify means by which young people can have alternatives to drug use, feel some sense of optimism, that there is something to be gained from a different lifestyle.

So we concentrate a great deal on various types of alternatives training, which can include such things as teaching problem solving, teaching various kinds of coping strategies, social skills, training, just generally helping the individual to structure his lifestyle in a way that is going to be more satisfying and more meaningful.

We do not think it is necessary, in most instances, to engage in some kind of psychotherapy process with young people. We think it is important to help them just get on with dealing with the every day problems that they have to contend with and find more effective methods of dealing with those.

Ongoing change is the final item. We have found there is some indication that many drug users get out of drug use in much the same way they got into it, in a gradual evolutionary sort of way as opposed to an abrupt change. Some certainly come in and say, this is it, no more, but we found that is not typically true and treatment has to be cognizant of that fact and address that process.

Especially is this important with younger individuals, because of course there are developmental issues to contend with. Adolescence is a difficult period at the best of times, without being complicated by drug use.

In summary, the problem with drug abuse in Canada is a serious one. It is, however, we think different from that of the one in the United States, and we think it is important that we develop our programs consistent with that difference.

[Translation]

d'un encadrement pour tenter de les aider à réaliser leurs objectifs thérapeutiques.

Les structures et les limites sont des éléments importants du développement des jeunes. Une autre dimension de la structure qu'il convient de souligner est la structure du milieu habituel. Peu importe le genre de traitement que reçoit une personne. Si l'on ne tient pas explicitement compte du vécu de cette personne, il est fort probable que, malgré les meilleures intentions du monde de ce jeune et malgré un traitement très efficace, la situation reviendra à ce qu'elle était, vu la force puissante qu'exerce le cadre habituel.

Un des éléments importants de notre technique de traitement consiste à proposer des solutions de rechange. Les toxicomanes ont de bien moins fortes chances de délaisser l'usage des drogues si on ne leur offre pas de solution de rechange viable. Nous avons donc constaté qu'il était d'une importance critique pour nous de cerner les moyens permettant aux jeunes de découvrir des solutions de rechange à l'usage de drogue, pour leur donner de l'optimisme, pour leur faire voir qu'ils ont quelque chose à gagner d'un mode de vie différent.

Nous mettons donc fortement l'accent sur différents types de formation ou solutions de rechange, ce qui peut inclure l'enseignement des techniques de résolution de problème, de diverses sortes de stratégies permettant de faire face à différentes situations, d'aptitudes sociale, bref, une formation pour aider d'une manière générale la personne à structurer sa vie pour qu'elle en tire une plus grande satisfaction et pour lui donner un sens.

Dans la plupart des cas, il ne nous semble pas nécessaire d'entreprendre des séances de psychothérapie avec les jeunes. Il nous semble plutôt important de les aider à régler les problèmes quotidiens auxquels ils doivent faire face et nous estimons plus efficaces les méthodes qui permettent de régler ceux-ci.

Le dernier point qu'il importe de signaler est celui de la transformation graduelle. Il nous semble avoir constaté que beaucoup de toxicomanes abandonnent l'usage des drogues à peu près de la même façon qu'ils sont devenus toxicomanes, c'est-à-dire de façon graduelle plutôt que brusque. Il y en a bien sûr certains qui viennent nous trouver pour nous dire qu'ils vont tout lâcher, mais nous avons constaté que ce n'est pas généralement le cas, et il est donc important que les méthodes de traitement tiennent compte de ce fait et du processus en jeu.

Cela est particulièrement important en ce qui concerne les jeunes, parce qu'il y a évidemment les questions de développement qui se posent. L'adolescence est une période déjà assez difficile sans qu'on la complique par l'usage de drogue.

En résumé donc, le problème de la toxicomanie qui existe au Canada est grave. Mais il diffère, je crois, de celui qui existe aux États-Unis, et nous pensons qu'il est important d'établir nos propres programmes pour tenir compte de cette distinction.



[Texte]

We also think it is critical that treatment programs be developed on the basis of sound treatment research. Each of us, from our own experience, develops our own unique biases and opinions about what is important, but it is important that before we get carried away with those things we test them out and make sure that they do in fact hold up.

There are very many differences among young drug users, and depending on one's own biases and the particular segment of the population with which they are dealing, we can all come up with different ideas. Research tends to be costly and certainly federal support of that would be very helpful.

• 1050

Finally, in keeping with the fine Canadian tradition of universal access to health care, it is important that something be done about the lack of services for young drug abusers. We think there is a sound policy in the province for the development of services, and we are certainly happy to hear that increased priority will be given to that particular segment of the population. We are also happy to hear of the concern of the federal government and would urge your support in the development of services for young drug abusers. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Martin. We will begin with you, Mr. White.

**Mr. White:** Thank you, Mr. Chairman. Thank you very much, Mr. Martin. A very comprehensive document.

Before I get into the meat of my question, I would like to follow up on something you mentioned a couple of times, that we are committed to developing made-in-Canada solutions to our drug problems, and then you mention again at the end that our problem is different from that in the United States. Could you expand on how the drug problem as it pertains to youth in Canada is different from the States?

• 1055

**Mr. Martin:** I think the problem here tends to be different in severity. We do not have typically the same degree of use, particularly in the harder drugs, for lack of a better term. For example, heroin has never been the big problem in Canada that it tends to be in the United States. Cocaine, although it is a serious problem in Canada and has been a growing problem, has achieved nothing like the proportions it has in the United States. My own view is that in part there are not some of the same kinds of social conditions in cities in Canada that support that type of problem. I think we do not have the same pockets of severe social deprivation that seem to spawn this type of

[Traduction]

Nous estimons aussi d'une importance critique de mettre en place des programmes de traitement qui tiennent compte de recherches solides effectuées dans ce domaine. Chacun d'entre nous, à la lumière de sa propre expérience, a ses propres préjugés et opinions sur ce qui est important, mais avant de se laisser obnubiler par ceux-ci, il est indispensable de les mettre à l'épreuve et de voir s'ils peuvent être confirmés.

Il existe de nombreuses différences entre les jeunes toxicomanes et compte tenu de ces préjugés et du segment particulier de la population avec laquelle on traite, on peut avoir une foule d'idées différentes sur la question. La recherche tend à être coûteuse et il serait certes très utile de pouvoir compter sur l'appui du gouvernement fédéral dans ce domaine.

Enfin, vu la longue tradition canadienne en matière d'accès universel aux soins de santé, il importe de prendre des mesures pour régler le problème du manque de service destiné aux jeunes toxicomanes. Nous croyons que la province s'est dotée d'une politique solide en ce qui concerne l'établissement de services, et nous nous félicitons d'apprendre qu'une importance accrue sera accordée à ce secteur particulier de la population. Nous nous réjouissons aussi d'apprendre que le gouvernement fédéral se préoccupe de ce dossier et nous l'exhortons à appuyer la mise sur pied de services destinés aux jeunes toxicomanes. Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Martin. Monsieur White, c'est à vous que nous céderons tout d'abord la parole.

**M. White:** Merci, monsieur le président. Merci beaucoup, monsieur Martin. Vous nous avez présenté un document fort exhaustif.

Avant d'entrer dans le coeur de ma question, je voudrais revenir à un point que vous avez signalé quelques fois, à savoir que nous voulons trouver des solutions authentiquement canadiennes à nos problèmes de toxicomanie, et vous avez mentionné encore une fois à la fin de votre exposé que notre problème diffère de celui des États-Unis. Pourriez-vous expliciter ce que vous avez dit au sujet du problème de la toxicomanie chez les jeunes Canadiens et du fait qu'il diffère de celui qui existe aux États-Unis?

**M. Martin:** Je pense que c'est une question de gravité. Je pense que d'une manière générale l'usage des drogues, spécialement des drogues dures faite d'un autre mot, n'est pas aussi répandu ici. L'héroïne n'a par exemple jamais été au Canada le grave problème qu'elle tend à être aux États-Unis. L'usage de la cocaïne, bien qu'il constitue un grave problème au Canada et qu'il n'a en fait cessé de croître, n'a jamais atteint les proportions qu'il a chez nos voisins du sud. Personnellement, je pense que cela est dû en partie au fait qu'il n'existe pas dans nos villes les conditions sociales propices à ce genre de problème. À mon avis, nous n'avons pas les mêmes zones de graves



## [Text]

behaviour. There may also be simple marketing factors. We are a big country with fewer concentrations, and the availability of the drug may also be more limited. So that is one side of it in terms of the usage patterns.

I also think, by virtue of the system of supporting health services in the United States, there is a tendency to place a much greater emphasis on residential services, and they are very costly. You have already heard from two previous witnesses that it is important to be ensuring an appropriate balance of out-patient and in-patient types of services, but in American programs there is frequently a greater emphasis for a residential solution to the problem.

I think among young drug users there may indeed be the need for more of those types of services, but the cost ratio to offer treatment on a residential basis may be something of the order of five times per case. In the study we undertook in the clinical institute comparing out-patient and in-patient treatment, we found some evidence of a need for in-patient treatment for particular individuals, but the vast majority of individuals would be well served by out-patient programs.

In fact, one of the criteria for entry into the study was that the client had to be willing to accept either in-patient or out-patient treatment. Two-thirds of the prospective subjects were refused or screened out of the study because of their unwillingness to accept one or the other, and 90% of those who screened out were unwilling to accept residential treatment. So a large number of young drug users simply do not think it is appropriate for them or they are unable to make use of it. In many instances these would have been individuals with less severe problems.

We think certainly the evidence is less clear with the young drug abusers because there has been much less research than for alcohol users, but our preliminary indication certainly supports the pattern that has emerged with respect to alcoholism treatment.

**Mr. White:** I think it is quite clearly the case that the social environment, as you mentioned, spawns the drug use. I think if we could get all our youth to finish high school and get them jobs, we would go a long way to solving the problem. I am glad to see in the presentation that there is so much emphasis being put on alternatives to drug use. I think what you are saying shows us that any solution or any movement toward a solution has to be dealt with federally beyond the realms of Health and Welfare, alone. It has to be a multi-ministerial, a multi-department approach. We have to restructure the natural environment.

## [Translation]

privations sociales qui semblent favoriser ce genre de comportement. Il se peut aussi que ce soit dû à de simples facteurs de mise en marché. Nous sommes un vaste pays dont la population est moins dense, et il se peut aussi que les drogues ne soient pas aussi faciles à obtenir. C'est donc là un aspect de la situation en ce qui concerne les types d'usage.

Aussi, je pense qu'en raison de la nature des services de santé qui existent aux États-Unis, on y a tendance à mettre l'accent davantage sur les services en résidence, qui sont très coûteux. Les deux témoins précédents ont fait valoir l'importance d'un juste équilibre entre les services externes et internes, mais dans les programmes américains, on met souvent davantage l'accent sur les techniques en résidence.

En ce qui concerne les jeunes toxicomanes, je pense qu'il faudrait peut-être offrir davantage de services de ce genre, mais le coût d'un traitement résidentiel est à peu près cinq fois plus élevé par cas. Dans l'étude que nous avons effectuée au *Clinical Institute* pour comparer les traitements en consultation externe et les traitements hospitaliers, nous avons constaté qu'il fallait assurer un traitement hospitalier à certaines personnes, mais que la grande majorité pouvait être fort bien desservie grâce à des programmes de consultation externe.

En fait, des critères de participation à l'étude étaient que le client devait être disposé à accepter un traitement soit en consultation externe soit en service hospitalier. Les deux tiers des participants éventuels ont été refusés ou rejetés parce qu'ils refusaient d'accepter une forme ou une autre de traitement, et 90 p. 100 de ceux qui ont été rejetés refusaient en fait de se faire hospitaliser. Un grand nombre de jeunes toxicomanes estiment que ce genre de traitement ne leur convient pas, ou encore qu'ils ne peuvent s'en prévaloir. Dans bien des cas, il s'agissait de personnes dont les problèmes étaient relativement moins graves.

La preuve est certes beaucoup moins définitive en ce qui concerne les jeunes toxicomanes, parce qu'on a fait beaucoup moins de recherche dans ce domaine que sur l'alcoolisme, mais nos constatations préliminaires confirment la tendance qui s'est dessinée en ce qui concerne le traitement de l'alcoolisme.

**M. White:** Je pense qu'il est indéniable que le cadre social, comme vous l'avez signalé, contribue à la toxicomanie. Si nous pouvions amener tous nos jeunes à terminer leurs études secondaires et leur offrir des emplois, je crois que nous aurions beaucoup fait pour régler le problème. Je me réjouis de voir que, dans votre exposé, vous attachez beaucoup d'importance à la recherche de solutions de rechange à l'usage de drogue. Il ressort de vos affirmations que toute solution ou tentative de solution par le gouvernement fédéral doit dépasser le cadre du ministère de la Santé et du Bien-être social. Nous devons en effet adopter une optique interministérielle, multiministérielle. Nous devons restructurer le cadre naturel.

[Texte]

You mentioned research from a federal perspective. In developing a federal program, what do you see as the most important direction that could be given to the provinces as far as developing a system of working with the youth and helping to restructure that social environment?

• 1100

**Mr. Martin:** Perhaps most of the assistance could come in the form of cost-sharing in the development of services and the availability of funds to conduct evaluation research. The evaluation research part of it often tends to be one of the elements left out, either because there is not the expertise to do it or because it is seen as an extra cost that could not be afforded. We can go off in many different directions, most of which will turn out to be incorrect, if we do not take the time to evaluate what we do carefully and make sure our money goes into the things that are really cost-effective.

**Mr. White:** So you are saying that as far as research is concerned, it should be evaluated to see how effective it is, so we are not having duplication of services, and having a federal presence or a federal direction in concert with the provinces would be the most effective way to move.

**Mr. Martin:** I am a clinical person, and I guess that message probably came across first. If I were to ensure that I was representing the views of my scientist colleagues, I am sure they would encourage less restriction of the particular focus of use of those funds. The development of instrumentation, for example, is something I mentioned. Just knowing more basic knowledge about drugs, etc., ultimately can have important clinical implications. So I would not simply urge that the money be limited to the evaluation aspect of it. But clearly that is an important part of it.

I would also say, I guess in support of your introductory comment, that federal support and federal activity in the social climate is a critical one in the context of developing alternatives for young people. Generally, what we have to do is to address two major items in their lifestyle: they have to be in school or working, there has to be some structure; and they have to have a stable living environment that supports the kinds of treatment progress they are attempting to make.

In Metro Toronto, for example, housing is a critical problem. Finding appropriate housing for young people certainly is a complication of the treatment process. Unemployment, of course, is a serious consideration as well for youth; and people with drug problems are the least likely to get jobs—not necessarily because they go in there waving a flag saying, I am a drug user, but because in many instances they have lacked the development of the kinds of skills that would enable them to present themselves effectively, and they lack, of course, the

[Traduction]

Vous avez parlé de recherche du point de vue fédéral. Dans le contexte d'un programme fédéral, quel est à votre avis la directive la plus importante qui peut être donnée aux provinces pour créer un mécanisme qui nous permettrait de travailler avec les jeunes et qui nous aiderait à restructurer ce cadre social?

**M. Martin:** Peut-être l'aide pourrait-elle surtout prendre la forme d'une participation aux coûts de mise en place des services et d'une affectation de crédits pour permettre d'effectuer des évaluations. Celles-ci sont souvent négligées, soit parce qu'on ne possède pas le savoir spécialisé, soit parce qu'on les considère comme une source de coûts additionnels qu'on ne peut se permettre. Nous pouvons essayer toutes sortes de moyens différents, dont la plupart se révéleront infructueux, si nous ne prenons pas le temps d'évaluer attentivement ce que nous faisons et de nous assurer que nos fonds sont affectés à des programmes offrant un bon rapport qualité-prix.

**M. White:** Par conséquent, en ce qui concerne la recherche, il s'agirait selon vous d'évaluer l'efficacité des programmes, pour qu'il n'y ait pas de services faisant double emploi, et la façon la plus efficace de procéder, selon vous, consisterait à assurer la présence ou l'orientation de l'administration fédérale, de concert avec les provinces.

**M. Martin:** Je fais du travail clinique et je suppose que c'est probablement ce message qui a tout d'abord été transmis. Pour communiquer fidèlement les vues de mes collègues scientifiques, je dois signaler, qu'ils sont en faveur de réduire les restrictions sur l'affectation des fonds. J'ai par exemple mentionné la mise au point d'instruments. Le simple fait de mieux connaître les drogues, entre autres, peut avoir d'importantes retombées sur le travail clinique. Je ne demanderais donc pas simplement que les fonds soient consacrés exclusivement aux évaluations. Mais cela constitue manifestement un élément important.

À l'appui de votre présentation, je dois aussi ajouter que le soutien et l'activité du gouvernement fédéral en ce qui concerne le climat social sont déterminants pour offrir aux jeunes des solutions de rechange. Il y a généralement deux aspects de leur mode de vie dont nous devons nous préoccuper: ils doivent fréquenter l'école ou travailler, il doit y avoir une structure quelconque; et ils doivent vivre dans un milieu stable qui appuie les progrès qu'ils s'emploient à accomplir.

Dans l'agglomération de Toronto, par exemple, le logement constitue un grave problème. La recherche d'un logement approprié pour les jeunes est certes un facteur qui complique le traitement. Le chômage constitue aussi, bien sûr, une grave source d'inquiétude pour les jeunes; et ceux qui connaissent des problèmes de toxicomanie ont de moins bonnes chances de décrocher un emploi, non pas nécessairement parce qu'ils vont crier à qui veut l'entendre qu'ils sont toxicomanes, mais parce que, dans bien des cas, ils n'ont pas acquis la capacité à bien se



[Text]

experience and the skills that would qualify them for the job.

**Mr. Grondin:** Mr. Martin, when you talked about youth and useful treatment, is it true that about one-third of those treated improve and have good recovery, one-third have some improvement, and the others continue as drug and alcohol users?

**Mr. Martin:** The old rule of a third is frequently applied in the addictions field.

I think it is important to emphasize that treatment outcome varies substantially within the population, depending on some of the characteristics of the clientele. So sometimes the overall statistics can be very misleading. If one is attempting to help a young person who has a shorter history of drug abuse, has a less severe problem, and in particular has more social supports in place that will be helping that person, their prognosis for recovery is much greater. Individuals who have a long history of drug abuse, who have become fairly chronic drug abusers, who live on the streets have a very poor prognosis in comparison to the group I referred to earlier.

• 1105

What you get overall, on average, tends to be the rule of one-third that you describe, but it is highly variable within the population depending on the particular characteristics of the clients.

**Mr. Grondin:** Do you have a waiting list for the youth who need to be treated?

**Mr. Martin:** Yes, we do. It is about two weeks at this point.

**Mr. Grondin:** How do you manage if the youth has a particular problem while he is waiting for the treatment? Do you have any particular way of helping him?

**Mr. Martin:** We do have an emergency service in the Clinical Institute, so an individual could drop in to the emergency department at a time of crisis and get some support in that way. It is certainly one of the issues we are concerned about—that clients, when they are ready to make change, are ready—and it is important to try to be responsive to that as quickly as possible.

We have also introduced a telephone consultation service to principally try to help parents who are calling and having difficulty in managing a case while awaiting the beginning of treatment. We make that kind of service available as well to try to deal with the type of urgent problem you are referring to.

**Mr. Grondin:** I would like to talk to you about the federal level and about the research you spoke of. I congratulate you for the exposé; it was really nice.

Are there any new methods of treatment or prevention that you are considering? If you are making any evaluation of all you do right now for your clients, are there any new methods of treatment or new methods of

[Translation]

présenter et ils manquent aussi de l'expérience et des compétences nécessaires pour postuler un emploi.

**M. Grondin:** Monsieur Martin, quand vous parlez des jeunes et d'un traitement utile, est-il vrai qu'environ le tiers de ceux qui ont été traités s'améliorent et se rétablissent, l'autre tiers manifeste une certaine amélioration tandis que les autres continuent d'être des toxicomanes et des alcooliques?

**M. Martin:** On applique souvent dans le domaine de la toxicomanie et de l'alcoolisme l'ancienne règle du tiers.

Il importe de signaler, je pense, que le résultat du traitement varie appréciablement au sein d'une population, compte tenu de certaines caractéristiques de la clientèle. Certaines statistiques générales peuvent donc induire en erreur. Si on tente d'aider un jeune dont la toxicomanie est relativement récente et moins grave, spécialement si ce dernier jouit d'un plus grand soutien social susceptible de lui venir en aide, les chances de rétablissement sont bien meilleures. Ceux qui font un usage abusif des drogues depuis assez longtemps, qui sont devenus des toxicomans chroniques, qui sont sans logis n'ont pas de très bonnes chances de se rétablir si on les compare au groupe dont je viens de parler.

Dans l'ensemble, on tend donc en moyenne à rejoindre la règle du tiers à laquelle vous avez fait allusion, mais cela varie grandement au sein de la population, compte tenu des caractéristiques particulières et des clients.

**M. Grondin:** Avez-vous une liste de jeunes qui ont besoin de traitement?

**M. Martin:** Oui, nous en avons une. Elle est d'environ deux semaines à l'heure actuelle.

**M. Grondin:** Que faites-vous si un jeune a un problème particulier pendant qu'il attend son traitement? Y a-t-il moyen pour vous de l'aider?

**M. Martin:** Nous avons au *Clinical Institute* un service d'urgence auquel on peut s'adresser dans une situation critique. C'est certes là un des points qui nous préoccupe, à savoir que lorsque les personnes sont prêtes à changer, il faut immédiatement saisir l'occasion.

Nous avons également mis sur pied un service de consultation téléphonique pour aider les parents qui ont de la difficulté avec leur enfant pendant que celui-ci attend le début du traitement. Nous assurons donc ce service, en plus des urgences comme vous l'avez mentionné.

**M. Grondin:** Je voudrais traiter avec vous de la participation fédérale et de la recherche dont vous avez parlé. Je vous félicite de votre exposé, c'était très bien.

Est-ce que vous envisagez de nouvelles méthodes de traitement ou de prévention? Si vous évaluez les services que vous offrez actuellement à votre clientèle, est-ce que vous envisagez de nouvelles méthodes de traitement ou de



[Texte]

prevention that you are considering? Or is there not enough money to have the opportunity to do research for new methods of treatment or prevention?

**Mr. Martin:** The prevention part of your question I would defer to Mr. Schankula. He is much more familiar than I with prevention strategies.

Within treatment, we established a youth clinic last year as part of our process of expanding the number of treatment options we have available. One of the key things that we think is important is developing great sophistication in matching clients to treatment. So, in that sense, it may be less a matter of finding new treatments than it is of knowing which of the particular treatments works for each of the particular clients.

We think family treatments have good literature support and show considerable promise. Since we know that people with good social support systems tend to do best in treatment, we have certainly developed an increased concentration on attempting to work with the family. In particular, instead of getting involved in necessarily long-term family therapy, because there are family agencies that do that type of work, we are more interested in developing briefer types of family interventions that will mobilize the family system to provide the right type of support for the individual who has the drug problem. In particular, with the adolescent population that is an important thrust.

A third area I would refer to is an outreach effort we are engaged in with respect to other youth services. I mentioned at the outset that the young people we deal with are problem individuals. They are multi-problem individuals. They show up in a variety of different kinds of treatment settings, be they community social agencies, psychiatric institutions, or drug use settings. What we are trying to do in terms of developing more comprehensive, continuous services is to collaborate with some of these community-based services. So one service, for example, is working with street kids and trying to make an impact with them in the less-structured kinds of ways that seem to be necessary there.

We are available as a back-up service to provide some immediate kind of intervention with respect to drug use, when there is a drug use problem. And then when there is a longer term kind of supportive living environment necessary, we can link up with one of the community-based youth services to provide that. The key to that is effective co-ordination and working liaisons that enable that to happen in a smooth, continuous process without a whole host of waiting periods in between, which usually result in the case collapsing before the whole thing can be effectively implemented.

**The Chairman:** Mr. White.

[Traduction]

prévention, ou est-ce que vous n'avez pas suffisamment de fonds pour effectuer des recherches sur de nouveaux moyens de traitement ou de prévention?

**M. Martin:** En ce qui concerne l'élément prévention, je vous aiguillerais vers M. Schankula. Il connaît beaucoup mieux que moi les stratégies de prévention.

En ce qui concerne le traitement, dans le but d'élargir les méthodes de traitement nous avons créé l'an dernier une clinique pour les jeunes. Nous estimons important de pouvoir faire correspondre le traitement aux clients. Dans ce sens, il s'agit peut-être moins de trouver de nouveaux traitements que de savoir quel traitement donne de bons résultats pour chaque type de client.

À notre avis, les traitements en famille font l'objet d'écrits très favorables et sont fort prometteurs. Sachant que les personnes qui jouissent d'un bon appui social bénéficient le plus des traitements, nous avons davantage insisté sur le travail en milieu familial. De plus, plutôt que d'entreprendre de longues séances de thérapie familiale, dont s'occupent les agences d'aide à la famille, nous cherchons à faire des interventions plus ponctuelles au sein des familles afin de mobiliser celles-ci pour les amener à offrir à la personne qui souffre de toxicomanie le genre de soutien dont elle a besoin. C'est particulièrement important dans le cas des adolescents.

Un troisième aspect que je dois signaler est notre service d'approche auprès d'autres services à la jeunesse. Comme je l'ai dit au début, les jeunes que nous recevons éprouvent une foule de difficultés. Ils ont une multitude de problèmes. On les retrouve dans différents milieux de traitement, qu'il s'agisse d'agences sociales communautaires, d'établissements psychiatriques ou de centres s'occupant de toxicomanie. Dans notre effort de mettre sur pied des services globaux et continus, nous tâchons de collaborer avec certains de ces organismes communautaires. Il peut par exemple y avoir un service qui travaille avec les enfants des rues et qui tente de les rejoindre par des moyens moins structurés que ceux qui semblent nécessaires dans ce cas.

Nous fournissons donc un service d'appoint, assurant une intervention ponctuelle en matière de toxicomanie lorsqu'il existe un problème de cet ordre. Puis en ce qui concerne le milieu de vie à long terme, nous pouvons travailler de concert avec les services communautaires à la jeunesse pour fournir le nécessaire. Le secret de la réussite, sur ce plan, est une coordination efficace et l'établissement de liens de travail permettant d'avoir un processus uniforme et continu qui n'est pas interrompu par une foule de périodes d'attente, qui font échec à toute la démarche avant même que celle-ci ne puisse être entamée.

**Le président:** Monsieur White.

[Text]

**Mr. White:** I have just one question. In going through the appendices in the back, Mr. Martin, under client restrictions:

Individuals whose primary substance of abuse is alcohol have to be under 19 years of age.

Could you explain that to me, please.

**Mr. Martin:** That is an internal issue. We treat them via a different system in our treatment service system. Some of the alcohol users are multiple drug users and more like the youth clinic population. Some are young adults and more like our adult population. So there is a different route into the system for the older adult substance abusers in the clinical institute. This is simply a restriction that refers to routing in. There is still a variety of treatment services for persons in the institute other than youth with drug problems. But in this instance the youth clinic was designed primarily to deal with young drug abusers. For purposes of trying to keep it at a manageable level with the particular resources, we decided that we would limit that to the age of 19 in terms of alcohol abusers. But the same treatment options are available to a 20-year-old alcohol abuser who comes into the clinical institute.

**The Chairman:** I have two or three questions. First, a simple, factual one that I need some help with. A colleague told me yesterday that one of the big problems with native peoples is the abuse of Lysol. Is that correct? I was not aware of Lysol being a drug that was abused.

**Mr. Martin:** Lysol, I gather, has been used as a substitute for alcohol use in the past. But it is not something that we commonly run up against, certainly in treating young drug users.

**The Chairman:** The second questions relates to your comments with respect to your willingness to receive federal support for research, particularly in the area of evaluation, which is an important area. I certainly go along with that very strongly. I am wondering whether you felt that if there were federal moneys available for research, and bearing in mind the sensitivities between levels of governments, there should be strings attached to that money that would require their use to be for evaluation of research.

**Mr. Martin:** Again, I am not sure it would be appropriate at this point in time to restrict research funds to evaluation only.

**The Chairman:** I did not say only, I said, would you want to see strings attached to certain federal moneys that would require ARF or other similar groups to do evaluation of research among other things?

[Translation]

**M. White:** J'aurais simplement une question à poser. Sous les restrictions s'appliquant à la clientèle énoncées dans les annexes du document, monsieur Martin, on peut lire:

Les personnes qui font surtout un usage abusif de l'alcool doivent être âgées au moins de 19 ans.

Pourriez-vous s'il vous plaît m'expliquer ce critère.

**M. Martin:** C'est là une question de régie interne. Nous les acheminons dans une voie différente à l'intérieur de notre service de traitement. Certains alcooliques abusent aussi d'une foule de drogues et ressemblent davantage à la clientèle de notre clinique pour les jeunes. Certains sont des jeunes adultes et ressemblent davantage à notre population adulte. Les toxicomanes plus âgés sont donc aiguillés dans une autre voie à l'institut. Il s'agit là tout simplement d'une restriction quant à l'orientation de la clientèle. L'institut offre une foule de traitements pour des personnes autres que de jeunes toxicomanes. Mais la clinique pour les jeunes a été conçue principalement pour les jeunes toxicomanes. Pour assurer un service efficace, compte tenu de nos ressources, nous avons décidé d'un seuil de 19 ans pour ce qui est des alcooliques. Mais les mêmes possibilités de traitement sont offertes à l'alcoolique de 20 ans qui se présente à l'institut.

**Le président:** J'aurais deux ou trois questions à vous poser. J'en aurais tout d'abord une sur un point bien concret. Hier, un collègue m'a dit qu'un des grands problèmes, en ce qui concerne les autochtones, est l'usage abusif de Lysol. Est-ce juste? Je ne savais pas que le Lysol était une substance dont on abusait.

**M. Martin:** Je pense que par le passé on s'est servi de Lysol comme d'un succédané d'alcool. Mais ce n'est pas là un problème que nous rencontrons couramment dans nos rapports avec les jeunes toxicomanes.

**Le président:** Ma deuxième question fait suite à vos observations au sujet du fait que vous seriez disposés à accepter une aide fédérale destinée à la recherche, spécialement dans le domaine important de l'évaluation. Je souscris entièrement à cela. Si le gouvernement fédéral devait dégager des fonds pour la recherche, compte tenu de la susceptibilité des divers parliers de gouvernement, croyez-vous que cette aide serait conditionnelle, c'est-à-dire qu'il faudrait obligatoirement qu'elle serve à des travaux d'évaluation?

**M. Martin:** Je le répète, je ne suis pas sûr qu'il conviendrait, à ce stade-ci, de limiter les crédits destinés à la recherche uniquement aux travaux d'évaluation.

**Le président:** Je n'ai pas dit uniquement aux travaux d'évaluation, je vous ai plutôt demandé si à votre avis cette aide devait être conditionnelle, c'est-à-dire si le gouvernement fédéral devait exiger que la fondation et d'autres groupes similaires auxquels il accorderait des fonds, se livrent entre autres à des travaux d'évaluation?



[Texte]

**Mr. Martin:** If the availability of increased federal money would serve to increase the amount of evaluation research that was going on, that would be highly appropriate.

**The Chairman:** You sound like a good politician.

The next question is one of my hobby-horses, and I was advised to defer it to you. It relates to your interesting comments regarding alternatives to drug use on pages 13 and page 14. In that discussion you, first of all, say that drug use can be a method of coping. So obviously coping is a problem. Then you go on to say that typically this involves teaching problem-solving, coping strategies.

• 1115

I am interested in the fact you have identified problem-solving and coping-strategies as mechanisms to help people. I am wondering if you would comment on whether or not society, probably through its governments and through its politicians, have been aiding and abetting the development of young people who are not able to cope and to solve problems and to develop strategies.

I will cite two examples. We teach our young children who go to school, particularly in the rural areas, that they do not have to cope with the problem of crossing a highway because the school bus will stop and that stops all the other traffic, so they do not need to worry about that. We are giving them the impression that they do not have to worry about crossing highways or streets because that problem is solved for them by somebody else. Then they become a little older, to the age of needing employment—and Mr. White touched on employment—and we leave the impression, and politicians are really guilty of it, that it is a responsibility of politicians to provide jobs for people.

I am wondering whether you think we should be teaching our kids that it is their responsibility to develop ideas of what they can do in the summer for jobs, rather than relying on government bodies to supply them with that kind of job.

You cited situations that you use to overcome the drug problems these kids have. I am wondering if the same process can be used to prevent them from getting into trouble, if we teach them at a younger age how to solve problems, rather than we trying to solve all their problems for them, which I think is one of the roles governments assume which aids and abets this problem we are getting into.

**Mr. Martin:** My wife would love your analogy of the bus that stops and flashes the sign for all traffic to stop, as she hears me swearing in the morning trying to get to work when one of these buses stops on Gerrard and halts all traffic for an individual who is going nowhere near the street.

But let me get more serious about some of the issues you have raised. In the first place, we do believe very

[Traduction]

**M. Martin:** S'il nous était possible, grâce à une aide fédérale accrue, d'effectuer davantage de travaux d'évaluation, ce serait tout à fait souhaitable.

**Le président:** Vous feriez un bon politicien.

Ma troisième question est une de mes marottes, et on m'a conseillé de vous la poser. Elle a trait à vos observations fort intéressantes au sujet des solutions contre la toxicomanie, qui se trouvent aux pages 13 et 14. Vous dites tout d'abord que la toxicomanie peut être un moyen d'affronter les difficultés de la vie. Cela même constitue donc un problème. Puis vous ajoutez que cela suppose ordinairement d'enseigner aux intéressés à résoudre les problèmes, à trouver des stratégies pour faire face à la vie.

Vous avez dit que la solution de problèmes et les stratégies d'adaptation peuvent aider les gens. Je me demande si vous pourriez nous dire si oui ou non la société, probablement par l'entremise des gouvernements et des politiciens, aide au développement des jeunes qui ne sont pas en mesure de faire face, de résoudre des problèmes et d'élaborer des stratégies.

Je mentionnerai deux exemples. Nous enseignons à nos enfants d'âge scolaire, particulièrement dans les régions rurales, qu'ils n'ont pas à s'inquiéter de traverser la route puisque l'autobus scolaire s'arrête et fait arrêter tous les autres véhicules. Nous leur donnons l'impression qu'ils n'ont pas à s'inquiéter de traverser des routes ou des rues, puisque quelqu'un d'autre résout ce problème pour eux. Puis ils vieillissent, et ils ont besoin d'un emploi—et M. White a parlé de l'emploi—et nous leur donnons l'impression, et les politiciens en sont véritablement coupables, que c'est aux politiciens qu'il revient de trouver des emplois aux gens.

Je me demande si vous pensez que nous devrions enseigner à nos enfants que c'est à eux qu'il incombe de trouver des idées pour des emplois d'été, au lieu de s'en remettre aux organismes gouvernementaux.

Vous avez mentionné des situations dont vous vous servez pour surmonter les problèmes de drogue de ces enfants. Je me demande si le même mécanisme peut servir à les empêcher de se mettre dans de mauvais draps, si nous leur apprenons plus tôt comment résoudre des problèmes, au lieu de tenter de résoudre tous leurs problèmes pour eux, ce qui est je crois l'un des rôles que les gouvernements s'attribuent, contribuant ainsi à aggraver ce problème.

**M. Martin:** Ma femme aimerait bien votre comparaison avec l'autobus qui s'arrête et fait arrêter tous les véhicules, car elle m'entend jurer le matin en quand je me rends au travail qu'un de ces autobus s'arrête dans la rue Gerrard et stoppe toute la circulation pour quelqu'un qui n'a aucune intention de traverser.

Mais trêve de plaisanterie. En premier lieu, nous croyons fermement à la responsabilité personnelle. Dans



## [Text]

strongly in personal responsibility. In our treatment efforts, we have to try to communicate to individuals that they are responsible for what they do. They have to think about the consequences, and they can expect those consequences to apply and they are responsible for them in that event. And certainly, one of the things I would frequently urge parents to do in terms of dealing with an emerging case of drug use is not to shield kids from the consequences of their drug use behavior, because that will simply allow them to get more deeply involved, until the consequences become more severe. It is important that people are responsible for the consequences.

But I think there is also another side of the issue, that the type of client we are dealing with is frequently a very disadvantaged one and to a large extent is the product of his or her environment. Families that have substance-abuse problems produce offspring who have substance-abuse problems. Kids who grow up in disadvantaged ways tend not to learn how to handle a lot of the situations other kids do, and are more likely to resort to drug use as a coping strategy. When we ask them what kinds of things they get out of drug use, because we are trying understand the role that drug use plays in their life, from the disadvantaged kids we hear a lot of escape type of things—I am trying to get away from this, or I am trying to cope with that.

So the notion of problem-solving is one of trying to deal with kids who tend to be very impulsive. They have not learned how to handle problems effectively. Instead of taking the time to think when they are faced with the situation, they act. They often act in ways that are not in their best interests and they get into more trouble. When they find themselves deeper and deeper into trouble, they learn to use drugs as a way to blot out the whole experience and not have to face up to it.

I think what I am trying to stress here is the importance of finding methods to help these young people acquire these types of skills. And I think there is a certain risk in that the normal institutions tend to have a few... you know, the more disadvantaged end that just simply may not be the beneficiaries of the development of these kinds of skills. I am thinking of families and schools. In some families kids do not acquire these skills. In the school system they may be problematic enough simply not to fit in and they may bomb out before anybody has a chance to help them deal with that. I would urge certainly an emphasis on personal responsibility, but I would also urge that it is important we think of these as a disadvantaged group who do not acquire the appropriate skills. If there were methods of ensuring that some of those skill deficits and more family related conflicts were addressed earlier in their life, there would be fewer drug problems.

## [Translation]

nos efforts de traitement, nous devons tenter de faire comprendre aux gens qu'ils sont responsables de ce qu'ils font. Ils doivent penser aux conséquences de leurs actes, et ils peuvent s'attendre à ce que ces conséquences s'appliquent et ils en sont responsables dans ce cas. Ainsi, quand je rencontre des parents qui doivent faire face aux premiers stades d'un problème de drogue chez leurs enfants, je les incite à ne pas protéger les enfants contre les conséquences de leur usage de la drogue, parce que cela servira uniquement à leur permettre de s'impliquer davantage, tant que les conséquences ne deviendront pas plus graves. Il est important d'être responsable des conséquences de ses actes.

Mais je crois qu'il y a également un autre aspect à ce problème; les clients dont nous nous occupons sont souvent très désavantagés et ils sont, dans une large mesure, le produit de leur environnement. Les familles qui ont des problèmes d'abus produisent des enfants qui ont les mêmes problèmes. Les enfants élevés en milieu défavorisé n'apprennent souvent pas à faire face à beaucoup de situations auxquels sont confrontés les autres enfants et risquent davantage de recourir à la drogue comme stratégie d'adaptation. Quand nous leur demandons ce que leur apporte la drogue, parce que nous tentons de comprendre le rôle de la drogue dans leur vie, les enfants défavorisés nous parlent souvent d'évasion: j'essaie d'échapper à ceci ou j'essaie de faire face à cela.

Ainsi, nous apprenons comment résoudre des problèmes à des enfants qui sont souvent très impulsifs. Ils ne l'ont pas appris. Au lieu de prendre le temps de réfléchir, ils agissent tout de suite. Les actes qu'ils posent dans ce cas ne sont souvent pas dans leur intérêt et les entraînent dans des difficultés plus graves. A mesure que les difficultés s'aggravent, ils apprennent à utiliser la drogue pour oublier l'ensemble de cette expérience et pour ne pas avoir à faire face.

J'essaie d'insister ici sur l'importance de trouver des méthodes pour aider ces jeunes gens à acquérir des techniques de ce genre. Et je crois qu'il y a un certain risque que dans les institutions normales, les plus désavantagés n'apprennent absolument pas les techniques de ce genre. Je pense aux familles et aux écoles. Dans certaines familles, les enfants n'acquièrent pas ces techniques. Dans le système scolaire, il se peut qu'ils ne réussissent pas à s'adapter et qu'ils connaissent l'échec avant qu'on ait pu les aider à faire face à ce problème. Selon moi, il faut mettre l'accent sur la responsabilité personnelle, mais il est également important de les percevoir comme un groupe défavorisé qui n'acquiert pas les bonnes techniques. S'il était possible de s'occuper plus tôt de ces lacunes et des conflits liés à la famille, il y aurait moins de problèmes de drogue.

• 1120

**Mr. Garth McNaughton (Researcher to the Committee):** At the outset of your presentation you differentiated between the young drug abuser and the

**M. Garth McNaughton (documentaliste du Comité):** Au début de votre exposé, vous avez distingué le jeune qui abuse de la drogue et celui qui utilise la drogue. Pouvez-

[Texte]

young drug user. Can you distinguish for us the socio-economic profile of the user versus the abuser? I recall reading in Michael Goodstadt's book *Forbidden Highs* that compared to the United States, drug users and abusers in Canada cannot come from the under-class of society. The presentation you are making to us could perhaps contradict that finding.

**Mr. Martin:** I think they do not necessarily come from the under-classes, but they are certainly more disadvantaged kids. Among a population of more serious drug abusers, I would say they probably do come from the under-classes and family situations that are clearly more disruptive, if one looks at the variables I referred to earlier. The incidence of substance abuse is not normally 40% in families, and certainly most youth are not on probation or parole or awaiting trial, so I think there certainly are a number of these kinds of indicators that the spectrum of the more serious drug abusing problem that we see certainly does tend to be concentrated more in a disadvantaged youth.

I think you would probably have to ask Michael about the distinction between the drug user and the drug abuser in terms of demographic characteristics. It certainly would be my impression that there is a much broader range of individuals who experiment with and become involved in drugs to various degrees and who, short of treatment involvement, would have that population looking much more like a normal youth population than the type I am referring to.

**The Chairman:** Thank you very much. Perhaps you can pursue that further with Dr. Goodstadt later.

We thank you very much for your testimony this morning. It has been most interesting and helpful, Mr. Martin. We have enjoyed the responses you have given to our questions. Thank you very kindly.

May we now call upon Mr. Fred Burford and Michael Harrison of the CODA, the Council on Drug Abuse. We welcome you Mr. Burford. I recall that we have had discussions or correspondence in the past. We certainly are pleased to have you with us today, along with Mr. Harrison. I note that you have given us considerable material. Perhaps you would like to make a presentation initially and then we can ask some questions.

**Mr. Fred Burford (President, Council on Drug Abuse):** Thank you very much, Mr. Chairman and Dr. Halliday. It is very good to see you again. We are very pleased that you are involved in this particular committee. Dr. Halliday and other members of the committee, at the outset I would certainly like to have you know that the Council on Drug Abuse supports the initiatives that have been taken recently by the federal government. We are committed to be of whatever help we can as the strategy unfolds.

[Traduction]

vous nous tracer le profil socio-économique des deux? J'ai lu dans l'ouvrage de Michael Goodstadt *Forbidden Highs* qu'en comparaison des États-Unis, ceux qui consomment les drogues et en abusent au Canada ne peuvent provenir de la couche inférieure de la société. Votre exposé contredit peut-être cette conclusion.

**M. Martin:** Je ne crois pas qu'ils proviennent nécessairement des classes inférieures, mais ce sont certainement des enfants défavorisés. Chez la population de ceux qui abusent gravement de la drogue, je dirais qu'ils proviennent probablement des classes inférieures et de situations familiales manifestement plus perturbées, si l'on examine les variables que j'ai mentionnées plus tôt. L'incidence de l'abus des substances n'est pas d'ordinaire de 40 p. 100 dans les familles, et la plupart des jeunes ne sont certes pas en probation ou en libération conditionnelle ou en attente de leur procès, de sorte que bon nombre des indicateurs de ce genre montrent que le spectre des problèmes de drogue les plus graves tend à se concentrer davantage chez les jeunes défavorisés.

Je crois qu'il faudrait probablement demander à Michael de faire la distinction entre le consommateur de drogue et celui qui abuse de la drogue en fonction des caractéristiques démographiques. J'ai l'impression qu'il y a une gamme beaucoup plus étendue de personnes qui font l'expérience de la drogue et en consomment à des degrés divers et qui, à moins de traitement, feraient que cette population ressemblerait beaucoup plus à une population normale de jeunes que le type dont je parle.

**Le président:** Merci beaucoup. Nous pourrions peut-être continuer dans cette voie avec M. Goodstadt plus tard.

Nous vous remercions beaucoup de votre témoignage, qui s'est avéré très intéressant et utile, monsieur Martin. Nous avons bien aimé les réponses que vous avez données à nos questions. Merci beaucoup.

Nous entendrons maintenant M. Fred Burford et Michael Harrison du CODA, le *Council on Drug Abuse*. Nous vous souhaitons la bienvenue, monsieur Burford. Je me souviens que nous avons déjà eu des entretiens ou échangé des lettres dans le passé. Il nous fait grand plaisir de vous accueillir, avec M. Harrison. Je constate que vous nous avez donné une documentation abondante. Peut-être voudriez-vous commencer par un exposé, après quoi nous poserons quelques questions.

**M. Fred Burford (président, Council on Drug Abuse):** Merci beaucoup, monsieur le président et M. Halliday. C'est un plaisir de vous revoir. Nous sommes très heureux que vous fassiez partie de ce Comité. M. Halliday, membres du Comité, j'aimerais tout d'abord dire que le *Council on Drug Abuse* appuie les initiatives entreprises récemment par le gouvernement fédéral. Nous sommes engagés à fournir toute l'aide possible à mesure que ce développe la stratégie.



[Text]

[Translation]

• 1125

We have a mission, we have a purpose, and I would just like to mention it very briefly. As far as the information I have given you is concerned, I shall be following the outline on the first page to try and help you, and Michael Harrison will come in at some point.

The objective of the Council on Drug Abuse is, of course, to prevent drug abuse. Our programs are addressed directly to schools and community groups. We do this through presentations and discussions conducted by qualified independent drug abuse consultants, and I believe Norman Panzica has already appeared before you. I just saw this list when I got here this morning and I see that Don Smythe, another of our consultants, will be appearing this afternoon. He, of course, is a drug education consultant for the Ottawa School Board.

That is the quality of person that we have been able to have as part of our professional staff. Our principal target audience are students. Obviously, because the onset of drug use on an average is between ages 14 and 15, our preventative education programs begin in elementary school and in high school. I think we are probably unique in presenting separate programs to students and to their teachers and to their parents, but these separate programs are presented either on the same day or on consecutive days and by the same consultant, so that all the students, teachers and parents have the same common base for further dialogue and discussion.

The Council on Drug Abuse, just to give you a very brief background on it, really came out of the tragedy that occurred in June of 1968, when Robert Kennedy was assassinated. That happened to coincide with a time when Murray Koffler, who was former head of Shopper's Drug Mart, was about to address a conference of representatives from drug, health and beauty industries in Canada.

The rumour was rampant that Bobby Kennedy had been assassinated by a youth who was under the influence of drugs, and Murray Koffler had been thinking about and concerned about the drug culture development. He decided right on the spot that he was going to throw away his prepared address, and he proceeded to present to the delegates his concerns about the kinds of responsibilities that he felt they all had to try to be involved in bringing information to the public that would address this problem. This was back in 1968. So he threw away his address and proceeded to take part in the birth of what became the Council on Drug Abuse. He became its first president, a volunteer position, in November of 1969.

In the initial stages they attempted various approaches to try to bring information before the public. But then in the fall of 1969 Murray Koffler's son came home from school and said to him that he just had to go to the school that night; he had to hear this person. When he went to the school that night, he heard Norman Panzica, and out of that came the fundamental concept of CODA, that of

Nous avons une mission, nous avons un but, et j'aimerais en parler très brièvement. Quant à la documentation que je vous ai donnée, je suivrai l'exposé de la première page pour tenter de vous aider, et Michael Harisson interviendra plus tard.

L'objectif du *Council on Drug Abuse* est évidemment de prévenir l'abus des drogues. Nos programmes s'adressent directement aux écoles et aux groupes communautaires. Nous les menons au moyen d'exposés et de discussions dirigés par des consultants indépendants compétents, et je crois que Norman Panzica a déjà comparu devant vous. Je n'ai vu cette liste qu'en arrivant ce matin et je vois que Don Smythe, un autre de nos consultants, comparaitra cet après-midi. Il est évidemment consultant en éducation à la drogue pour le Conseil scolaire d'Ottawa.

Ce sont des personnes de ce niveau que nous avons pu recruter parmi notre personnel professionnel. Nous nous adressons surtout aux étudiants. Puisque l'usage des drogues commence en moyenne vers l'âge de 14 et 15 ans, nos programmes d'éducation préventive commencent à l'école élémentaire et à l'école secondaire. Je crois que nous sommes probablement les seuls à présenter des programmes distincts aux élèves et à leurs professeurs et à leurs parents, mais ces programmes distincts sont présentés soit le même jour soit deux jours de suite et par le même consultant, de sorte que les élèves, les enseignants et les parents fassent oeuvre commune pour le dialogue et la discussion.

Permettez-moi de faire brièvement l'historique du *Council on Drug Abuse*. Il tire son origine de la tragédie qui s'est produite en juin 1968, l'assassinat de Robert Kennedy. A ce moment-là, Murray Koffler, ancien président de *Shopper's Drug Mart*, devait prononcer une allocution dans le cadre d'une conférence de représentants des industries des drogues, des produits de santé et de beauté du Canada.

Le bruit courait que Robert Kennedy avait été assassiné par un jeune qui était sous l'influence des drogues, et Murray Koffler était préoccupé par le développement de la culture de la drogue. Il a décidé de déchirer le discours qu'il avait préparé et il a parlé aux délégués de leurs responsabilités, car il croyait qu'ils devaient tous travailler à renseigner le public à l'égard de ce problème. Ceci se passait en 1968. Il a déchiré son discours et il a participé à la naissance de ce qui allait devenir le *Council on Drug Abuse*, dont il devenait le premier président, à titre bénévole, en novembre 1969.

Au début, on a utilisé diverses démarches pour tenter de présenter l'information au public. Un jour, à l'automne de 1969, le fils de Murray Koffler lui a dit en rentrant de l'école qu'il devait absolument aller entendre un conférencier ce soir-là. Ce conférencier était Norman Panzica et c'est là qu'est né le principe fondamental du CODA, c'est-à-dire d'utiliser les services d'un



## [Texte]

using someone with outstanding ability to communicate with a sound basic background and knowledge as far as drugs are concerned, to communicate to young people, their parents, and their teachers. He saw how his son was affected, and the positive influence this one individual was able to have on him.

• 1130

That does not mean our position is that all you have to do is bring in a person every now and then and that is going to solve the problem. But we see this person, who really is the centrepiece of the CODA program, as being the catalyst. The person results in the school assessing what it is doing, getting ideas from him on the basis of personal discussion. . . at the same time having a very positive influence on the young people in that school. Michael will refer later on to a study we did in 1983-84 of a before-after measurement of the positive effect of having someone like Norman Panzica or Don Smythe involved with the school.

Looking at the drug-abuse problem and how to approach it, we feel really four things are involved; and you are hearing about those four areas today. We believe very strongly in the multifaceted approach. There has to be tremendous team effort—this is why we are so encouraged by the co-ordinating role the federal government now seems willing to take on—that we have enforcement and research treatment, which Garth Martin presented to you. Also, we have what we feel is the most important of all, preventive measures, which we feel have to begin no later than grade 4, in elementary school. The old saying that an ounce of prevention is worth a pound of cure is something that we feel very strongly about.

Yet when we take a look at the present allotment of funds to these four areas—and each area, we feel, has to be done extremely well if we are going to be doing our best to combat drug abuse—these are our estimates. We are not saying they are correct, but I do not think we are too far off.

For enforcement, our country spends somewhere in the neighbourhood of \$10 billion a year. For treatment, the same relative figure; around \$10 billion. For research, we think it is somewhere around \$2 billion. We may be off a bit on that. We do not think enough research is going on in studying the effects of the new drugs. Marijuana, for example: the research into the effects of marijuana seems to have come almost to an end. It is important that accurate information continue to be available.

Then we come to prevention, the area we have had the most experience in and we feel really holds the key, in the long run, to solving this problem. We estimate that only around \$10 million is spent on preventive education programs across this country.

As far as CODA is concerned, we are part of the prevention situation. We consist of about 20 directors.

## [Traduction]

communicateur hors pair, bien au courant des problèmes de drogue, pour s'adresser aux jeunes, à leurs parents et à leurs enseignants. Il a pu constater l'effet sur son fils et l'influence positive que cette personne pouvait avoir sur lui.

Cela ne signifie pas que notre position est qu'il suffit d'amener quelqu'un à l'occasion pour résoudre tous les problèmes. Mais nous voyons en cette personne, qui est vraiment la clé de voûte du programme CODA, un catalyseur. Cette personne amène l'école à évaluer ce qu'elle fait, présente des idées dans des discussions personnelles tout en ayant une influence très positive sur les élèves. Michael parlera plus tard d'une étude que nous avons faite en 1983-1984 sur l'effet positif de la présence de quelqu'un comme Norman Panzica ou Don Smythe dans une école.

Pour ce qui est de notre façon d'aborder le problème d'abus des drogues, nous croyons qu'il y a quatre facteurs en jeu, quatre facteurs dont vous entendez parler aujourd'hui. Nous croyons fermement à l'approche multiple. Il faut énormément de travail d'équipe—c'est pourquoi nous voyons d'un si bon oeil le rôle de coordination que le gouvernement fédéral semble maintenant prêt à assumer—il faut l'application, la recherche et le traitement, dont Garth Martin vous a parlé. Le quatrième aspect, le plus important à notre avis, touche les mesures préventives qui, selon nous, doivent commencer au plus tard en quatrième année, à l'école élémentaire. Nous sommes très fermement convaincus qu'un peu de prévention vaut tous les remèdes.

Nous estimons comme suit les fonds présentement consacrés à chacun de ces domaines—et nous croyons que l'excellence s'impose dans chaque domaine si nous voulons combattre au mieux l'abus de la drogue. Nous ne sommes pas absolument sûrs de nos chiffres, mais nous ne croyons pas nous tromper de beaucoup.

Dans le domaine de l'application de la loi, le pays dépense environ 10 milliards de dollars par année. Pour le traitement, le chiffre est le même, environ 10 milliards de dollars. Pour la recherche, nous croyons que le chiffre s'établit à environ 2 milliards de dollars. Ce chiffre n'est peut-être pas tout à fait exact. Nous ne croyons pas que la recherche sur l'effet des nouvelles drogues soit suffisante. Prenons par exemple le cas de la marijuana: la recherche sur les effets de cette drogue semble s'être presque complètement arrêtée. Il est important de continuer à disposer de renseignements précis.

Nous en arrivons ensuite à la prévention, le domaine où nous avons le plus d'expérience et qui est, selon nous, à long terme, la clé du problème. Nous estimons que le Canada ne dépense qu'environ 10 millions de dollars pour les programmes d'éducation préventive.

Le CODA s'occupe de prévention. Nous comptons une vingtaine d'administrateurs, tous bénévoles, provenant de

## [Text]

They are all volunteers. They come from various parts of the community. Through their efforts, corporations are contacted. Over 1985-87 we will have had 245 different contributors to the CODA program, in addition to, in 1986, the Ontario government, and also in 1987 the Ontario government, helping out with much-needed funds in order that we be able to continue to do our work.

• 1135

Our customers are of course mainly the youth, and this is what our focus is. We still feel it is very important for us to be working with the teachers who come in contact with the youth and with the parents, and to be supportive of organizations that attempt to foster the involvement of parents.

Our consultants work with community groups, service clubs and public health agencies. We find that when we go into a community, a smaller community such as Collingwood, it is a very heartening experience because we get different segments of the community involved in a two-day program. There is a kind of focus that we feel has a very beneficial effect because people get involved.

Related to our program with the schools, something that has been very helpful in recent times has been the development of a library package which gives the schools at cost a fundamental educational library giving current information about drugs and effects of them. This is a very important part of our program with the schools as a supplement to the actual personal contacts that the consultants have.

I am a former principal of a secondary school and so I have had personal experience with the value of this kind of a program. On a number of occasions I saw Norman Panzica have the kind of influence on students, up to 600 students in a school at one time, in assemblies. It was a magical experience. The benefits to that school were ones that would have been very hard to predict in advance. So this is something which, from my experience and that of my peers when I was a principal, was a very, very important part of their attempt to try to be helpful to the young people.

Now, Dr. Halliday, you referred to contacts we have had in the past. CODA was involved in the beginning stages back in 1979 as it offered advice to secondary school headmasters. They developed a paper called "The Issue of Marijuana: Headmasters' Perspectives" that was presented to the federal government and played some role in the discussions at that time about the possibility of changing the marijuana laws. Now, this report did something else; it sort of provided the vehicle for people coming together, because a network developed around it.

We were contacted by other organizations in the field at that time, such as Alcohol and Drug Concerns, Home and School and the RCMP, and there developed a group of people who had common objectives—objectives in the area of preventive drug education. Out of that developed a

## [Translation]

divers secteurs de la communauté. Ce sont eux qui communiquent avec les sociétés commerciales. Entre 1985 et 1987, nous aurons eu 245 contributeurs différents; en outre, en 1986 et en 1987, le gouvernement de l'Ontario nous a fourni des fonds dont nous avions grand besoin pour pouvoir poursuivre notre oeuvre.

Notre clientèle se compose évidemment surtout de jeunes, et c'est sur eux qu'est axé notre programme. Nous croyons toutefois qu'il est très important de travailler avec les enseignants, qui sont en contact avec les jeunes, et avec les parents, et d'appuyer des organisations qui tentent de favoriser l'implication des parents.

Nos consultants travaillent avec des groupes communautaires, des clubs de service et des organismes d'hygiène publique. Quand nous arrivons dans une petite localité, comme Collingwood, c'est une expérience très encourageante parce que nous amenons divers secteurs de la communauté à participer à un programme de deux jours. Il y a une sorte de concentration dont l'effet est selon nous très bénéfique, parce que les gens s'impliquent.

Dans le cadre de notre programme scolaire, nous avons trouvé très utile récemment la création d'une trousse de bibliothèque qui donne aux écoles, au prix coûtant, une bibliothèque éducative fondamentale comportant des renseignements à jour sur les drogues et leurs effets. C'est là une partie très importante de notre programme scolaire, qui complète les contacts personnels avec les consultants.

J'ai été autrefois directeur d'une école secondaire et je connais par expérience personnelle la valeur d'un programme de ce genre. A plusieurs reprises, j'ai vu Norman Panzica influencer nos élèves, jusqu'à 600 élèves réunis en même temps. C'était une expérience magique. Il aurait été très difficile de prédire d'avance les avantages pour l'école. D'après mon expérience et celle de mes anciens confrères directeurs d'école, c'était là une partie extrêmement importante de cette tentative de venir en aide aux jeunes gens.

Monsieur Halliday, vous avez parlé des contacts que nous avons déjà eus. Le CODA a participé dès les débuts en 1979 en offrant des conseils aux directeurs des écoles secondaires. Nous avons publié un document intitulé *The Issue of Marijuana: Headmasters' Perspectives* qui a été présenté au gouvernement fédéral et qui a joué un certain rôle à l'époque dans les discussions portant sur la possibilité de modifier les lois sur la marijuana. Ce rapport a eu un autre effet; il a permis à des gens de se rencontrer, car un réseau s'est développé autour de ce rapport.

D'autres organismes ont communiqué avec nous à l'époque, notamment *Alcohol and Drug Concerns*, les associations parents-maîtres et la GRC; il s'est constitué un groupe de gens dont les objectifs étaient communs dans le domaine de l'éducation préventive en matière de



[Texte]

co-ordinating group called the Drug Education Coordinating Council. As I take a look at the roster of the people who will be making presentations to you today, we see a good portion of the Drug Education Coordinating Council represented. I have mentioned Home and School, the Ontario Association of Chiefs of Police is also there. There are 12 organizations involved. We have seen the the beneficial effects since November of 1983 when this group came together; it is now meeting monthly on a regular basis. There is the value of fostering co-operation among the groups that have common objectives in fighting drug abuse, the value of trying to ensure that energy is directed in a very efficient way so that overlaps are not developed in programs, the value of having good communication, and the value of working together to develop a drug education conference yearly, and also working together to look at different aspects of legislation that might affect the work that we are all doing.

• 1140

Something that was very important in the work of CODA in the school, and which I think is relevant to what you are looking at, occurred in 1981. In that year the Minister of Education in Ontario was Dr. Bette Stephenson and she endorsed the CODA program to all the schools in the province. This was in terms of a letter going out from the Minister of Education's office to the principals of all the schools in Ontario, and as a principal at that time, I received the letter.

The results of that letter, that endorsement, was that in the following year CODA had the highest participation of schools in their program. Our consultants reached 92,000 students, 10,000 teachers, 5,000 parents. I think this is the kind of thing that can happen when people work together and when the government comes out and says that this is really important; we feel this would be a good thing for you to be doing; just saying that has a great effect.

I think this is the position you can be in to be part of that happening, because, as we see the drug education programs in schools, we are rather heartened that they are developing, but we think they should be developing a lot faster. Maybe time is running out on us a little bit; it is hard to say. Drug use is down a little bit, but the drug culture is still very well established, and the place that we can hit it the hardest is with the young people at the early ages. So our schools have to have better drug education programs, and I think government can play a very important role in seeing that this develops.

Michael Harrison is now going to discuss with you a program that we became involved in, which we feel very strongly about in terms of what a community group can do, because a very important part of our community is the local pharmacy. I think over the past couple of decades that maybe the kind of influential role that the pharmacy had to play has dissipated a bit. I guess as we looked at the

[Traduction]

drogue. C'est à partir de ce groupe que s'est constitué un organisme de coordination appelé *Drug Education Coordinating Council*. Si je jette un coup d'oeil sur la liste des gens qui seront entendus aujourd'hui, je constate qu'une bonne partie de ce conseil y est représentée. J'ai mentionné les Associations parents-maîtres, et l'Association des chefs de police de l'Ontario est également là. En tout, 12 organismes sont impliqués. Nous avons pu constater les effets bénéfiques depuis la constitution de ce groupe en novembre 1983; il se réunit maintenant chaque mois. Ce groupe encourage la collaboration entre les groupes qui ont des objectifs communs pour ce qui est de la lutte contre l'abus des drogues, il tente de canaliser les énergies de façon efficace afin d'éviter le chevauchement entre les programmes, il permet une bonne communication, il permet de travailler ensemble à une conférence annuelle sur l'éducation en matière de drogue et également de travailler ensemble pour examiner les divers aspects des mesures législatives qui pourraient influencer notre travail commun.

En 1981, il s'est produit quelque chose de très important pour le travail du CODA à l'école, quelque chose qui est aussi pertinent à ce que vous étudiez. Cette année-là, Bette Stephenson était Ministre de l'Éducation en Ontario; elle a avalisé le programme du CODA auprès de toutes les écoles de la province par le moyen d'une lettre adressée au directeur de toutes les écoles de l'Ontario; étant moi-même directeur d'école à cette époque, j'ai reçu la lettre.

Par suite de cette lettre et de cet appui, l'année suivante le CODA a eu la plus forte participation des écoles au programme. Nos consultants ont atteint 92,000 élèves, 10,000 enseignants et 5,000 parents. C'est là un exemple de ce qui peut se produire lorsqu'on travaille ensemble et lorsque les gouvernements soulignent l'importance réelle de quelque chose; nous croyons que c'est là une chose que vous devriez faire; le simple fait de le dire a un effet considérable.

Je crois que c'est ainsi que vous pourriez participer, car si nous nous réjouissons du développement des programmes d'éducation à la drogue dans les écoles, nous croyons qu'ils devraient se développer beaucoup plus rapidement. Peut-être allons-nous bientôt manquer de temps; c'est difficile à dire. L'usage des drogues diminue quelque peu, mais la culture de la drogue est toujours très bien établie, et c'est auprès des jeunes que nous sommes surtout en mesure d'agir. Il faut donc de meilleurs programmes d'éducation à la drogue dans nos écoles, et je crois que le gouvernement a un rôle très important à jouer à cet égard.

Michael Harrison va maintenant vous présenter un programme auquel nous avons participé; nous y tenons beaucoup parce qu'il montre ce que peut faire un groupe communautaire, car la pharmacie est un élément très important de la communauté. Je crois que depuis une vingtaine d'années l'influence de la pharmacie a quelque peu diminué. Le programme dont Michael va vous parler



[Text]

program that Michael is going to talk to you about, we were really looking at the community role that the pharmacist can play. He will also cover the study that I referred to and take a look at the cost-effectiveness of the CODA program.

**Mr. Michael Harrison (Executive Vice-President, Council on Drug Abuse):** Mr. Chairman, I would like to begin with just a slight correction to Fred Burford's figures on that attendance at CODA programs, because it is germane.

The figures of 92,000 students, 5,000 teachers and 10,000 parents—the significant fact there is not the numbers per se, but how few. If you think about the average size of the family in Canada, CODA's addressing 92,000 students in a year and yet only being able to get 10,000 parents out to evenings struck us as a crucial problem. It caused us to look at ways in which we could get the attention of more parents, because unless parents are going to take part in prevention strategies and alternatives to drug abuse for their children, we are not going to get very far by simply giving them information.

• 1145

So in co-operation with the sister agencies in the field in North America, particularly the American Council on Drug Education, we got involved in running a pilot program in Ontario called Pharmacists Against Drug Abuse. You will see in your kit a brochure that was developed for this pilot project. We printed half a million copies of this brochure at 5¢ apiece, which is typical of a volunteer organization, and we distributed them through 98% of the 1,800 or 1,900 pharmacies in Ontario.

Our purpose in doing so, as you can see from the headline, was to catch the attention of parents, because unfortunately parents are the weak link in the drug prevention strategy. They are ignorant in the literal sense of the term: they often do not know what their kids are getting into. Many of them are apathetic: they either do not care or do not want to know or pretend that it does not take place. So we had to hit them hard in the community, and we chose, through the historical reasons of the connection with Murray Koffler and his good connections within the pharmaceutical field and through the Ontario Pharmacists Association, to reach parents in the community.

It was extremely effective: we got a very high response, as I mentioned, from the pharmacists; we got half a million copies of this brochure distributed; and we had some impact in that parents were getting off their butts and getting some programs operating in their schools and in their community organizations, and that was really our objective. That is the good news.

[Translation]

portait en fait sur le rôle que jouait le pharmacien dans la communauté. Michael traitera également de l'étude que j'ai mentionnée et examinera la rentabilité du programme CODA.

**M. Michael Harrison (vice-président exécutif, Council on Drug Abuse):** Monsieur le président, j'aimerais pour commencer apporter une légère correction aux chiffres de Fred Burford sur la participation aux programmes du CODA, parce que cela présente un certain intérêt.

Ce qui est important dans les chiffres qui ont été mentionnés—92,000 élèves, 5,000 enseignants et 10,000 parents—c'est le fait qu'ils soient si peu élevés. Si l'on se rappelle la taille moyenne de la famille canadienne, le fait que le CODA ait atteint 92,000 étudiants au cours d'une même année mais n'a pu faire venir que 10,000 parents le soir nous a semblé un problème grave. C'est pourquoi nous avons étudié des façons d'attirer l'attention d'un plus grand nombre de parents; en effet, à moins que les parents ne participent aux stratégies de prévention et aux solutions de rechange de l'abus de la drogue pour leurs enfants, le simple fait de leur transmettre de l'information n'aboutira pas à des résultats marquants.

C'est ainsi qu'en collaboration avec d'autres organismes du même domaine en Amérique du Nord, notamment l'*American Council on Drug Education*, nous avons entrepris un programme pilote en Ontario sous le nom *Pharmacists Against Drug Abuse*. Vous trouverez parmi la documentation une brochure préparée pour ce projet pilote; nous en avons imprimé un demi-million d'exemplaires, au coût de 5 cents chacun, ce qui est caractéristique des organismes bénévoles, et nous les avons distribués par l'entremise de 98 p. 100 des 1,800 ou 1,900 pharmacies ontariennes.

Notre intention, comme vous pouvez le voir d'après la manchette, était d'attirer l'attention des parents, car ce sont malheureusement les parents qui sont le chaînon le plus faible de la stratégie de prévention. Ils sont littéralement ignorants: il arrive souvent qu'ils ne sachent pas ce que font leurs enfants. Bon nombre d'entre eux sont victimes d'apathie: ils ne s'intéressent pas à ce qui se passe, ils ne veulent pas le savoir ou ils font semblant qu'il ne se passe rien. Il fallait donc porter un grand coup et nous avons choisi, étant donné les liens de Murray Koffler avec le monde de la pharmacie, d'atteindre les parents dans la communauté par l'entremise de l'*Ontario Pharmacists Association*.

Cette technique s'est avérée très efficace. Comme je l'ai dit, le taux de réponse des pharmaciens a été très élevé; nous avons réussi à faire distribuer un demi-million d'exemplaires de cette brochure et nous avons eu un certain impact, c'est-à-dire que les parents ont bougé et ont fait mettre en oeuvre certains programmes dans leurs écoles et dans leurs organisations communautaires, ce qui était notre véritable objectif. C'est là la bonne nouvelle.

## [Texte]

The bad news is that we have never been able to come up with enough money, as a volunteer organization, to fund this on a Canada-wide basis. So we ran the pilot project and the pilot project went very well, but it has not gone very far because we estimate that it is going to take something in the order of \$200,000 to \$250,000 to replicate this program annually across Canada and, frankly, we do not have the money. As you will see in CODA's newsletter, our financial statement is of a very much smaller amount.

So we are poised now for a national launch. We have a proven pilot. We have materials. We have a national spokesperson who will take the leadership in the public service announcements on radio and TV and in the press who will catch the attention of parents and children. But we just do not have money, and money has been a constant problem in drug abuse prevention.

I in fact think it is the fact that most drug prevention is done by volunteer agencies as opposed to the fact that enforcement, treatment, and research are done by public service or quasi-public service agencies that accounts for this tremendous disparity in the amount of money spent. We estimate that about one-thousandth of the amount spent on treatment is what is spent on prevention. If you look at the statements that Ministers of Health down through recent history, federally and provincially, have said, that they want to put their emphasis on prevention, we say, in the vernacular of the street, put your money where your mouth is. Prevention is not being adequately funded.

Nor is it being adequately repeated. The federal government did embark on this with a program called Stay Real a couple of years ago, but it has not repeated it. There is a whole new round of kids coming into age 12, when they, on average—and I stress “average”—start alcohol abuse, and coming up to age 15, when, on average, they are exposed to drug abuse.

If I may digress for a minute to say why I am involved in CODA, I got involved when Murray approached my company—I was with Southam at that time—and said, we would like somebody to help on the communications committee. That was my business so I helped.

I talked to my kids about it. My eldest son was then 11. He was in a junior high school. He said, Dad, there is a pusher at the end of the hall in our school; you go down and he has anything you want. He has alcohol, beer, pills, marijuana, you name it. This is in a junior high school in, by the way, a very affluent neighbourhood. So drug abuse, as a temptation for kids, was widely available in that period, and it is still available. That got me involved in prevention and it got me involved with CODA in seeking ways to reach other parents with the same message.

## [Traduction]

Il y a malheureusement aussi une mauvaise nouvelle; nous n'avons jamais pu réunir assez d'argent, nous qui sommes un organisme bénévole, pour financer ce projet à l'échelle du Canada. Nous avons donc mené à bon port ce projet pilote, mais nous ne sommes pas allés très loin, car selon nos estimations il faudra environ de 200,000 à 250,000\$ par année pour reprendre ce programme dans tout le Canada et, à vrai dire, nous n'avons pas assez d'argent. Comme vous le verrez dans le bulletin du CODA, nos états financiers portent sur des sommes beaucoup moins importantes.

Nous sommes donc prêts au lancement national. Nous avons un projet pilote qui a fait ses preuves. Nous avons des matériaux. Nous avons un porte-parole national qui pourra s'occuper des annonces à la radio, à la télévision et dans la presse et qui attirera l'attention des parents et les enfants. Mais nous n'avons pas d'argent, ce qui a toujours été un problème en matière de prévention de l'abus des drogues.

Je crois que cela tient au fait que la prévention relève d'organismes bénévoles, tandis que l'application de la loi, le traitement et la recherche, relèvent d'organismes publiques ou quasi publiques, d'où cet écart énorme au chapitre des fonds qui y sont consacrés. Nous estimons qu'on dépense pour la prévention un millième de ce que l'on dépense pour le traitement. Les ministres de la Santé, aux paliers fédéral et provincial, ont beau dire qu'il faut mettre l'accent sur la prévention, nous attendons toujours de voir la couleur de leur argent. Le financement de la prévention est insuffisant.

Il n'y a pas non plus suffisamment de répétition. Le gouvernement fédéral a par exemple lancé le programme «Vive moi-même» il y a quelques années, mais il ne l'a pas répété. Pourtant, il y a tout un groupe d'enfants qui atteignent l'âge de 12 ans, ce qui est en moyenne—et j'insiste sur «en moyenne»—le moment où commence l'abus de l'alcool, et d'autres qui atteignent l'âge de 15 ans, ce qui est l'âge où, en moyenne, on est exposé à l'abus des drogues.

Permettez-moi une brève digression. Je me suis intéressé au CODA au moment où Murray s'est adressé à mon entreprise—je travaillais pour Southam à l'époque—pour demander quelqu'un qui puisse faire partie du comité des communications. Comme c'était mon métier, j'y suis allé.

J'en ai parlé à mes enfants. Mon fils aîné avait alors 11 ans, il était dans une école secondaire. Il m'a parlé d'un vendeur à son école qui pouvait fournir n'importe quoi. Alcool, bière, pilules, marijuana, il avait tout. Il s'agit du premier cycle du secondaire, dans ce qui est, en passant, un quartier cossu. La tentation de la drogue était donc très répandue pour les enfants à l'époque, et elle l'est toujours. C'est ce qui m'a amené à m'occuper de prévention et à travailler avec le CODA pour trouver des façons de rejoindre d'autres parents pour leur communiquer le même message.



[Text]

[Translation]

• 1150

I would like to talk a little bit about the cost-effectiveness of prevention, because it is much more cost-effective in our view than is treatment. I am here with Fred to talk obviously for the cause we believe in, prevention. You will forgive me if this sounds a little unidirectional, but good estimates that have been made by various agencies have indicated that the cost of one intervention into a drug abuse case is around \$1,000 per intervention, if it is on an out-patient basis. It is about \$2,500 and up if it is on an in-patient basis. But that is an intervention, that is not a solution. That does not necessarily mean that the person is cured. They may be repaired momentarily, back on the streets and then involved in another drug accident.

On the other hand, the CODA program for that same \$1,000 can reach approximately 1,000 students, teachers and parents. The way we look at it is very simple. If we can by that intervention of drug abuse preventive education, stop one kid getting involved in drug abuse, we have broken even. That is against treating him once later. If we can stop two, we are ahead of the game. And our objective, and it has shown up in the results in this province, is that we have, along with other agencies, been successful in a substantial and significant downward drift in drug abuse. So we feel prevention is cost-effective.

Our board challenged us at one of our perennial annual budget crunches to ask if we were effective in what we were doing. They wanted to know if the CODA program was working because, if not, they wanted us to just fold our tent and go away. We were having a lot of trouble raising money in the corporate community. . . this was in the immediate post-recession period when a lot of organizations were simply dropping their corporate donations because they were not making any profit and were not allowed to donate if they were not making a profit. So we bit that particular bullet, got a small amount of funding from the Ministry of Health of Ontario and we did, as Fred indicated earlier, a before and after survey. Now, if any of you have ever been involved in surveying in the school system in Ontario, you will know that it is a real problem. You have to get more approvals than if you want to inoculate the kid with some injection. It goes to ethics committees and so on.

In the final result we got four schools who had already agreed, obviously, to do the CODA program to also agree to do a before and after analysis of the results. We did a blind study in the sense that we knew the population that was going to be exposed to the CODA program. So we surveyed a sample of one or two classes of that population before the CODA appearance, typically ten days to two weeks before. And we surveyed a second different group from the same population and with the same class structure after the CODA appearance. We did this for obvious reasons that sometimes, having done a survey before and then they ask the same person in the survey

J'aimerais m'arrêter un instant à la rentabilité de la prévention, qui est selon nous beaucoup plus rentable que le traitement. Fred et moi sommes évidemment ici pour parler de la cause qui nous tient à coeur, la prévention. Je sollicite votre indulgence si vous trouvez que mon exposé tourne à la rengaine, mais selon de bonnes estimations réalisées par divers organismes, le coût d'une seule intervention dans un cas d'abus de la drogue s'élève à environ 1,000\$, en clinique externe. Il atteint et dépasse 2,500\$ s'il y a une hospitalisation. Mais c'est là une intervention, non une solution. Cela ne signifie pas nécessairement que la personne est guérie. Il peut y avoir un mieux momentané, mais la rechute est toujours à craindre.

D'autre part, pour cette même somme de 1,000\$, le programme CODA peut atteindre un millier d'élèves, d'enseignants et de parents. Le calcul est assez simple. Si l'éducation préventive peut empêcher un seul enfant d'abuser de la drogue, nous avons fait nos frais, car c'est ce qu'il en coûterait pour le traiter une fois plus tard. Si nous empêchons deux enfants d'abuser de la drogue, nous avons réalisé un bénéfice. Dans cette province, les résultats montrent, que de concert avec d'autres organismes, nous avons réussi à amener une tendance à la baisse importante et significative au chapitre de l'abus de la drogue. C'est pourquoi nous croyons que la prévention est rentable.

Notre conseil d'administration, aux prises pour la énième fois avec des difficultés budgétaires, nous a demandé de démontrer l'efficacité du programme du CODA, sans quoi il nous aurait demandé d'abandonner. Nous avons beaucoup de mal à trouver des fonds dans le monde des affaires. . . c'était tout de suite après la récession et bon nombre de sociétés avaient cessé de faire des dons, parce qu'elles ne faisaient aucun bénéfice et n'avaient donc pas le droit de faire des dons. Nous avons alors retroussé nos manches, nous avons obtenu une petite subvention du ministère de la Santé de l'Ontario et nous avons procédé, comme l'a déjà dit Fred, à un sondage. Si vous avez déjà fait des sondages dans le système scolaire ontarien, vous savez combien la chose est difficile. Il faut un plus grand nombre d'approbations pour donner un vaccin. Il faut par exemple l'approbation du comité d'éthique, et ainsi de suite.

En définitive, quatre écoles, qui avaient manifestement déjà accepté le programme CODA, ont accepté d'analyser les résultats avant et après le programme. Nous avons procédé à une étude aveugle, car nous connaissions la population qui allait être exposée au programme CODA. Nous avons donc procédé à un sondage dans une ou deux classes de cette population avant la présentation du programme, soit d'ordinaire de 10 à 15 jours auparavant. Après la présentation du programme CODA, nous avons fait un sondage auprès d'un groupe différent de la même population, avec la même structure de classe. Nous avons utilisé un deuxième groupe car il arrive parfois que



[Texte]

after, he feels he has to change his answer for some reason. So we did not want to survey the same people twice.

We found very substantial changes in attitudes toward drug abuse. You have to start changing behaviour by changing attitudes toward behaviour. All we could measure in a short time-frame, and we surveyed the students within a month after the program so that there was good recall, all you can hope is that you would change attitudes a little. We changed attitudes a lot.

We were surprised. When you have been doing your thing for so many years, you think you are effective, you get great feedback from students and kids, but you have not actually surveyed it, and you do it with a little trepidation.

• 1155

We found, for example, that in attitudes towards marijuana, before the appearance there was an average in the schools of 39% positive attitudes. Those were things like "marijuana is okay", or "marijuana helps you cope", or "you cannot get addicted to marijuana"—anything that tinged on the positive. It was 39% before. But after, that dropped to 16%.

Negative attitudes... and incidentally, the majority of students have negative attitudes to drug abuse, because the majority do not abuse drugs. Drug abuse is a minority phenomenon at the teenage level. Afterwards even that high 71% of opposition to marijuana climbed to 81%. "Marijuana helps you lead a normal life", before that positive expression, was 49%. It dropped to 43%. "It helps you cope" was 36%. It dropped to 20%.

"No bad effects"—it is interesting that even drug-abusing kids want to know more about drugs. In fact, the majority of drug abusers have responded to our previous surveys to say, yes, I would like to know more about the effects of drugs. That statement, "No bad effects", dropped from 62% to 52%. I will not bore you with reciting all these, because you have them before you. But we were very much heartened that we had some proof about the efficacy of the CODA programs in changing attitudes. And, as I said, you have to change attitudes before you change behaviour.

• 1200

What we would like to see is that we replicate for drug abuse the same thing that is now happening towards tobacco. The use of tobacco has now become socially unacceptable, and more and more pressures are upon the smokers—I hope there are no smokers at the table—who are getting the message that this is really not acceptable

[Traduction]

quelqu'un qui doit répondre à un deuxième sondage se sente obligé de modifier sa réponse. C'est pourquoi nous ne voulions pas interroger les mêmes personnes deux fois.

Nous avons constaté des modifications substantielles des attitudes envers l'abus de la drogue. Pour changer un comportement, il faut d'abord changer les attitudes envers ce comportement. Dans un délai aussi court—le second sondage a eu lieu dans le mois suivant le programme, pour qu'il soit encore frais à la mémoire—tout ce qu'on peut espérer c'est de modifier les attitudes quelque peu. Or nous avons modifié les attitudes considérablement.

Nous avons été étonnés. Après tant d'années de travail, on croit être efficaces, on reçoit un *feedback* très positif des élèves et des enfants, mais on n'a pas fait un véritable sondage et on attend les résultats avec une certaine inquiétude.

Nous avons trouvé, par exemple, pour ce qui est de l'attitude envers la marijuana, qu'avant le programme les attitudes dans les écoles étaient en moyenne positives à 39 p. 100. Il s'agissait de choses comme «la marijuana, c'est bien» ou «la marijuana vous aide à faire face» ou «on ne peut pas s'accoutumer à la marijuana»—tout ce qui avait une teinte positive. Le pourcentage était de 39 p. 100 avant, mais après il est tombé à 16 p. 100.

Les attitudes négatives... en passant, la majorité des élèves ont des attitudes négatives envers l'abus de la drogue, parce que la majorité d'entre eux n'abuse pas des drogues. L'abus de la drogue est un phénomène minoritaire chez les adolescents. Après la présentation du programme, la forte opposition à la marijuana, soit 71 p. 100, était passée à 81 p. 100. L'énoncé «la marijuana aide à mener une vie normale» recueillait un appui de 49 p. 100 avant le programme, mais de 43 p. 100 après. Dans le cas de «la marijuana aide à faire face», il y a eu chute de 36 p. 100 à 20 p. 100.

«Aucun effet nocif»—il est intéressant de constater que même les enfants qui abusent des drogues veulent se renseigner davantage. En fait, la majorité des consommateurs de drogues qui ont répondu à nos sondages précédents disent qu'ils aimeraient être mieux renseignés sur les effets des drogues. L'appui pour l'énoncé «aucun effet nocif» est tombé de 62 p. 100 à 52 p. 100. Je ne vous imposerai pas la lecture de tous ces chiffres, car vous les avez en main. Mais nous avons été très encouragés par cette preuve de l'efficacité des programmes du CODA pour ce qui est de la modification des attitudes. Et, je le répète, il faut modifier les attitudes avant de modifier le comportement.

Nous aimerions reproduire pour l'abus de la drogue ce qui se passe présentement à l'égard du tabac. L'usage du tabac est maintenant devenu socialement inacceptable et les pressions exercées sur les fumeurs s'intensifient—j'espère qu'il n'y a pas de fumeurs à cette table. Et les fumeurs commencent à comprendre que ce

*[Text]*

behaviour. And the same message has to be gotten across to kids.

One of the most important reasons for that to be so is students do not graduate from their drug habits when they graduate from high school. This is not something they throw away like they throw away their books. Far from it. Studies have shown that the rate of retention of some form of drug abuse among high school students is up in the 80% and 90% range. Often it is different drugs, probably because of increased affluence or increased earning power, or increased stealing power, because there is a tremendous connection, as Fred has indicated, reflected in the costs of enforcement, between the costs of drugs and the cost of crime.

So when students graduate from high school, they take along their drug abuse, because they learned it along with everything else. In fact, it is probably, for this minority, a more relevant part of their life than algebra. So they keep it and they take it into the workplace. And when they go into the workplace, they cause increased accident rates, time off from work due to highs and hangovers from highs, petty thievery, reduced productivity. And people have only just begun to estimate what the cost of that is.

All of this underlines for us in CODA the wisdom of continuing prevention strategies, because by the time people start drug abuse they are hooked, literally; they are addicted in some way. Some people like to make the distinction between whether it is psychological or physical. Frankly, that is a lot of hogwash. The fact is they cannot get along without it. And some researchers have challenged people, saying, you tell me you are not addicted to marijuana, so stay off it for a month and we will run urine tests and we will see if you can remain clean. About 2% of marijuana users can do that for a month. So they are hooked, one way or the other, and they are taking that into the community; they are taking it into the costs of the health care system; they are taking it into lost productivity in the business and industrial world; and they are taking it into other forms of loss, such as crime, injury, accidents, etc. And you will hear a lot from John Bates, another member of DECC, who will talk about, in particular, the tremendous cost of drinking and driving.

So, Mr. Chairman, what we have learned from this experience, if I may summarize, is that you have to reach the parents because they are the ones who do not take part in preventive education, and you have to get at them. You have to put money into drug prevention, because it is extremely cost-effective and you have to put it there because it works. But most importantly, you have to put it there because it is necessary, because if you do not prevent it, it is not going to just stop magically. Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Harrison. Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** Thank you, Mr. Chairman.

*[Translation]*

comportement n'est pas vraiment acceptable. Il faut faire passer le même message aux enfants.

C'est très important, notamment en raison du fait que les élèves ne quittent pas la drogue quand ils quittent l'école secondaire. Ce n'est pas quelque chose qu'on peut jeter aux poubelles avec ses livres d'école. Loin de là. Des études ont démontré que le maintien d'une forme quelconque d'abus de la drogue chez les élèves du secondaire se situe aux environs de 80 à 90 p. 100. Souvent, il s'agira d'une drogue différente, probablement en raison de l'augmentation du pouvoir d'achat—ou du pouvoir de vol—car il y a, comme l'a dit Fred, un lien très fort, qui se traduit dans les coûts d'application de la loi, entre le coût des drogues et le coût du crime.

Ainsi, quand les élèves quittent le secondaire, ils amènent avec eux l'abus de la drogue, parce qu'ils l'ont appris en même temps que tout le reste. En fait, pour cette minorité, c'est probablement là une partie plus importante de leur vie que l'algèbre. Ils conservent donc leur habitude, et l'amènent au lieu de travail. En milieu de travail, on constate une augmentation du taux d'accidents, des absences dues à l'euphorie de la drogue et à la dépression qui la suit, des petits vols de même qu'une diminution de la productivité. Et on commence tout juste à estimer le coût.

Pour nous du CODA, cela montre bien qu'il faut poursuivre les stratégies de prévention. En effet, au moment où l'on commence à abuser de la drogue, on est littéralement accroché; on est accoutumé d'une façon ou d'une autre. Certains aiment distinguer l'accoutumance psychologique de l'accoutumance physique. À vrai dire, cette distinction ne résiste pas à l'examen. Il reste que la victime ne peut se passer de la drogue. Certains chercheurs ont mis des gens au défi, leur disant: puisque vous n'êtes pas accoutumé à la marijuana, abstenez-vous pendant un mois, et nous ferons des analyses d'urine pour voir si vous pouvez y arriver. Environ 2 p. 100 des consommateurs de marijuana peuvent le faire pendant un mois. Ils sont donc accrochés, d'une façon ou d'une autre, et ils amènent leur accoutumance dans la société; il en découle des coûts pour le système de soins de santé, une perte de productivité dans le commerce et l'industrie. Il y a aussi d'autres formes de perte: le crime, les blessures, les accidents, etc. Plus tard, vous entendrez John Bates, autre membre du DECC, qui parlera surtout du coût énorme de la conduite en état d'ébriété.

Pour résumé, monsieur le président, cette expérience nous a appris qu'il faut atteindre les parents, parce que ce sont eux qui ne s'occupent pas d'éducation préventive et qu'il faut les atteindre. Il faut consacrer des fonds à la prévention, parce qu'elle est extrêmement rentable et parce qu'elle fonctionne. Mais surtout, il faut consacrer des fonds à la prévention parce que c'est nécessaire, parce que sans prévention, le phénomène ne va pas s'arrêter par magie. Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Harrison. Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Merci, monsieur le président.



[Texte]

I know we are short on time, but I would like to congratulate you on your presentation. I agree with you when you spoke about prevention. I think it is one of the most important issues if you want to have something that is going a little better with drug and alcohol abuse.

• 1205

At least one question about the parents' reaction—I was in student activity in college and when I had some problems with a young student, I asked the parents to come to see me. Generally, they used to say, well, it is incredible; it is impossible. There is no way; I do not believe what you are saying to me. My son or my daughter has absolutely no problem with drugs or with alcohol.

Sometimes we have meetings with the parents who are not obliged to come because they have no problems with their children. Those who do not come to the meeting are those that have—that is the bad way, I think. Do you have any problem with the parents whom you are meeting? Are there parents who really have problems with their children, because of drugs or alcohol, at home?

**Mr. Burford:** I would say that in a parents' night, which is associated with a CODA appearance in the school, you get a mixture of parents. You get some parents who are there because they are always there at school, whether it is a parents' night to look at report cards or what. But you get other parents who do have concerns, and that is why they are there. This comes out in the discussion part of the evening. Because of the questions they ask, you can tell that they are really concerned about what is happening in their family. So you are successful in getting some of the parents out who should be there.

I think one of the problems is to have it become fashionable that parents are interested and concerned in this area. I think it has been typical that there is a wall of denial, and you sort of referred to it there: parents saying, well, we do not have any problem. But I think part of what the national strategy should be is to break through and have it become something that parents are accepting as one of their basic responsibilities in the 1980s and 1990s; that they have to be involved in this issue and they have to become knowledgeable, for the sake of their kids and based on the love of their kids. And that is part of being a parent now.

It is okay to go out to a school meeting when there is somebody there to talk about drugs, somebody to give you information about drugs. It does not mean that, if you do go, you have a problem in your family. You are going because this is something that is part of parenting.

**Mr. Grondin:** We have to change the attitude of parents, because they do not seem to be concerned about the problems of the young children. If they have some problems with their studies, they do not even come to meet us, and it is the same with respect to drugs and

[Traduction]

Je sais que l'heure presse, mais j'aimerais vous féliciter de votre exposé. Je suis d'accord avec ce que vous avez dit de la prévention. Je crois que c'est une des questions les plus importantes si l'on veut réaliser des progrès dans le domaine de l'abus des drogues et de l'alcool.

J'aimerais poser au moins une question concernant la réaction des parents: j'étais moi-même, au collège, responsable des activités des étudiants et lorsque j'avais un problème avec un jeune étudiant, je demandais à voir ses parents. En règle générale, leur réaction était la stupéfaction la plus totale. Ils n'arrivaient pas à croire ce que je leur racontais. Ils me disaient: «Mon fils—ou ma fille—n'a jamais touché à l'alcool ou à la drogue».

Il nous arrive parfois de rencontrer des parents qui ne sont pas obligés de venir, car leurs enfants ne posent pas de problème. Pour ma part, je ne crois pas que cela soit une bonne attitude. De votre côté, avez-vous des problèmes avec les parents que vous rencontrez? Par ailleurs, y a-t-il chez vous des parents qui ont de gros problèmes avec leurs enfants à cause de l'alcool ou de la drogue?

**M. Burford:** Je dois dire que, lorsque nous organisons une réunion avec les parents, en rapport avec la présence du CODA, nous avons plusieurs catégories de parents: certains d'entre eux sont là par habitude, parce que c'est le soir où ils doivent examiner les bulletins, par exemple; mais d'autres se rendent à la réunion parce qu'ils sont préoccupés, et l'on passe alors une partie de la soirée à parler du problème. Nous voyons bien, d'après les questions qu'ils posent, qu'ils sont très inquiets de ce qui se passe dans leur famille. Donc, nous réussissons effectivement à faire venir certains des parents dont la présence est fortement souhaitée.

Je crois qu'il faut parvenir à rendre acceptable le simple fait de mentionner ce problème. En effet, on se heurte généralement à un mur, parce que les gens nous disent: nous n'avons pas de problème de ce côté-là. Puisque nous parlons de stratégie nationale, cette dernière devrait viser à ce que les décennies 1980 et 1990 soient celles où les parents accepteraient leurs responsabilités fondamentales en la matière, à savoir que s'ils aiment leurs enfants et s'ils veulent véritablement s'acquitter de leur rôle de parents, ils doivent se renseigner et s'engager.

Ce n'est pas parce que vous allez assister à une réunion de parents d'élèves pour écouter un conférencier vous parler de problèmes de drogue que vous avez nécessairement un toxicomane dans votre famille. Vous y allez simplement parce que cela fait partie de votre rôle de parents.

**M. Grondin:** Nous allons devoir changer l'attitude des parents, car ils ne semblent pas s'inquiéter suffisamment des jeunes enfants. Par exemple, lorsqu'ils ont du mal à étudier, les parents ne viennent même pas nous consulter; et il en va de même lorsque les enfants boivent ou se



[Text]

alcohol. I think there is a change of attitude that will be necessary.

**Mr. Harrison:** I would like to add something, Mr. Grondin. We work extremely closely with parent support groups. The most effective people in getting other parents involved are parents. Groups like Parents Against Drugs, the Home and School Federation can be extremely effectively in talking to parents in much the same way Fred has said: if you do not have a problem, great; then you are going to be confirmed in that. But you may find out some ways to either detect or to resolve problems, and so the parents will get other parents involved with a peer group working at that level.

**Mr. Burford:** The most success that we have had in having parents come out has been through a technique that Parents Against Drugs introduced, and that is to have a team of parents from that school go to the school office and phone all the parents of all the children in that school. Through this approach we have had situations where we got 500 parents out; as opposed to a typical situation, where we would feel getting 100 out would be a very successful situation.

• 1210

So the parents are willing to get involved if they get some kind of leadership. There is a response to a fellow parent calling and saying, we are having an evening, we are concerned, we think you should come out.

**Mr. Grondin:** Do you have any comments about the impact or the results of programs of prevention? Do they have enough impact on a youth or an adult? But I am really interested in youth.

**Mr. Harrison:** I would refer, Mr. Grondin, to an extract from the *CODA Newsletter*. This one happens to be the December 1986 one. These are plots we made. The data come from Addiction Research Foundation student surveys in the six years in question. You will see that with the odd little blip, since about 1979 there has been a steady downward drift in the three main substances of abuse, alcohol, tobacco, and marijuana.

It is interesting, though. I was talking to some people in the lung association not so long ago and I said to them, are you aware that more boys smoke marijuana than smoke tobacco? They were not aware of that. Boys have got the message about the dangers of tobacco smoke, but it is not quite as strong as in the case of tobacco.

So there has been a drifting-down. But as with many phenomena that occur in society, you cannot really pin a single cause on this. Indeed, if you read the survey data, the actual reports that come from ARF, they are very guarded in making attributions for why this is happening. But we do not feel at all shy about it. We think one of the

[Translation]

droguent. Il faut pas conséquent, selon moi, que nous parvenions à modifier l'attitude des parents.

**M. Harrison:** Permettez-moi d'ajouter, monsieur Grondin, que nous travaillons en collaboration très étroite avec des associations parentales d'entraide. En effet, c'est ainsi que nous obtenons les meilleurs résultats: des associations comme *Parents Against Drugs*, ou la *Home and School Federation*, parviennent à sensibiliser les parents un peu à la manière dont parlait Fred: si vous n'avez pas de problème, tant mieux, nous allons vous le confirmer. Mais vous apprendrez peut-être, en venant, certaines méthodes pour déceler ou résoudre des problèmes. Donc, les mieux placés pour inviter les parents à participer, ce sont les parents eux-mêmes.

**M. Burford:** La meilleure méthode de mobilisation des parents consiste, selon nous, à appliquer une méthode mise au point par *Parents Against Drugs*: une équipe de parents vient à l'école, ils s'installent au téléphone et ils appellent tous les parents d'élèves de cette école. Grâce à cette méthode, il nous est arrivé de rassembler jusqu'à 500 parents, alors que normalement, lorsque nous arrivons à mettre la main sur une centaine d'entre eux, nous nous estimons très heureux.

Vous voyez donc que les parents sont tout à fait prêts à suivre l'exemple donné par l'un d'entre eux. Lorsqu'un parent appelle un autre parent et lui dit: «Nous allons tenir une réunion, le problème nous inquiète, nous pensons que vous devriez venir», ça marche en général.

**M. Grondin:** Pourriez-vous nous décrire l'incidence des programmes de prévention? J'aimerais savoir quelle est leur efficacité pour les jeunes et pour les adultes, mais plus particulièrement pour les jeunes.

**M. Harrison:** Monsieur Grondin, permettez-moi de me reporter à un extrait du bulletin de CODA, le *CODA Newsletter* de décembre 1986. Nous nous appuyons sur une étude d'une durée de six ans effectuée par la Fondation de recherche sur la toxicomanie. On constate qu'à quelques fluctuations près, il y a, depuis 1979, un déclin continu de la consommation des trois substances qui posent le plus de problèmes, à savoir l'alcool, le tabac et la marijuana.

À remarquer, toutefois, que des représentants de l'Association pour la protection des voies respiratoires ignoraient qu'il y a, parmi les garçons, davantage de fumeurs de marijuana que de fumeurs de tabac. En effet, les jeunes gens ont parfaitement compris quels étaient les dangers du tabac, mais il n'en va pas de même pour la marijuana.

Il y a donc un déclin de la consommation de ces substances. Mais, comme pour bon nombre de phénomènes sociaux, il est difficile de leur attribuer une cause spécifique. D'ailleurs, lorsque vous consultez le rapport de la Fondation de recherche sur la toxicomanie, vous constatez qu'ils s'abstiennent d'attribuer ce

[Texte]

reasons it is happening is that there is much better prevention.

Incidentally, that is particularly true in the survey periods over the last four years of eastern Ontario, where there has been a much sharper reduction in drug abuse from the previous levels and a much greater incidence of preventive education. So there is some corollary effect. We would like to say cause and effect; but if the purists of the researchers want to be a little more careful, at least they can say there is a corollary between what has been happening in increased preventive education and what has been happening in a decline in student drug use.

In fact, the situation in the young adults is worse now than it is among the kids. There are more young adults in the post-high school age using drugs than there are now in high school. That goes to the phenomenon I mentioned earlier, that kids do not graduate from drugs when they graduate from high school. They have gone on from the peaks, and they have just carried the peaks along; whereas the younger kids who are now in school are smarter. They are getting the message.

**Mr. Grondin:** If you ever want to have a branch in Quebec, I would really appreciate it, because it is not great.

**Mr. Harrison:** Send money.

**The Chairman:** The Chair now recognizes Mr. White. And for the benefit of our witnesses, Mr. White is a pharmacist himself. I do not know whether he belongs to PADA or not, but I am sure he does have an intense interest in this whole problem.

**Mr. White:** I have just a couple of comments, and then one question I would like to ask at the end.

As you know, gentlemen, this committee is going to be making recommendations to the Minister pertaining to possible implementation of a national drug strategy, and I must say that your input here today has been very helpful to me in particular. I appreciate that and thank you for it.

As the chairman mentioned, I am particularly interested in the Pharmacists Against Drug Abuse program. Of course, my high regard for pharmacists has nothing to do with the fact that I am one myself.

• 1215

In Manitoba we have had tremendous success with two programs in particular, one being an anti-tobacco campaign we have engaged in as an association, and the second one is a drug caution coding program. I have spent 15 years in a community pharmacy, and both programs have been tremendously successful. I think that is a great

[Traduction]

phénomène à tel ou tel facteur. Quant à nous, nous sommes moins réservés et nous déclarons que ce déclin s'explique par une plus grande efficacité de la prévention.

Soit dit en passant, ce phénomène est très nettement confirmé par les études effectuées au cours des quatre dernières années dans l'Est de l'Ontario; on y constate, à la fois, une chute beaucoup plus marquée de la consommation de drogues et une incidence beaucoup plus forte de l'éducation préventive. Il y a donc corrélation entre les deux phénomènes; nous aimerions pouvoir dire qu'il y a un rapport de cause à effet, mais les chercheurs tiennent à une certaine prudence et ils se contentent de parler de corrélation entre l'intensification de l'éducation préventive et le déclin de la consommation de drogues par les écoliers.

Quant aux jeunes adultes, leur situation est nettement moins bonne que celle des jeunes adolescents. En effet, ils sont plus nombreux, proportionnellement parlant, à consommer de la drogue une fois qu'ils ont quitté l'école secondaire. Cela s'explique par le phénomène que j'évoquais tout à l'heure, à savoir que la fin de l'école secondaire ne signifie pas nécessairement que l'on ait bouclé la boucle de la consommation de drogues. Les mauvaises habitudes restent, du moins pour cette tranche d'âge, car il semble que les plus jeunes, ceux qui sont actuellement dans le secondaire, aient mieux capté le message.

**M. Grondin:** J'aimerais bien que votre association ait des ramifications au Québec, parce que la situation n'y est guère brillante.

**M. Harrison:** Pour cela, il nous faut des fonds.

**Le président:** Je donne à présent la parole à M. White. Je précise, à l'intention de nos témoins, que M. White est pharmacien. Je ne sais pas s'il appartient à l'association *Pharmacists Against Drug Abuse* (PADA), mais je suis sûr qu'il s'intéresse de très près à ce problème.

**M. White:** Permettez-moi une ou deux observations et peut-être, ensuite, une question.

Comme vous le savez, messieurs, notre Comité doit présenter au ministre des recommandations en vue de la mise en oeuvre éventuelle d'une stratégie nationale sur les drogues. J'ajouterai que votre participation, du moins en ce qui me concerne, a été des plus bénéfiques et je tiens à vous en remercier.

Comme l'a dit notre président, je m'intéresse particulièrement au programme *Pharmacists Against Drug Abuse*, mais je m'empresse d'ajouter que l'estime dans laquelle je tiens les pharmaciens n'a rien à voir avec le fait que j'en suis un moi-même.

Au Manitoba, deux de nos programmes en particulier ont eu un succès remarquable: tout d'abord, une campagne contre la tabagie lancée par notre association et, en second lieu, un programme de prévention des drogues fondé sur un classement de leur nocivité. J'ai moi-même travaillé pendant 15 ans dans une pharmacie



## [Text]

format for getting information on education and prevention out to the public, parents in particular.

The one question I would like to ask has to do with your work in the schools. You mention that this is your major target group. I also served eight years on a school board back home. What sort of co-operation are you getting from the school boards? Could federal input aim in the direction of getting more school board co-operation? Are your programs ever turned down by a school board? Are they held during school hours? Are you getting the proper type of co-operation from school boards?

**Mr. Burford:** The involvements with the students are during regular school hours, in assemblies or in situations where classes are grouped together. Co-operation, from our experience, may vary with the individual school and the leadership in the school. Some principals feel that if they have a program of this kind they are marking their school as having a problem. I think this is something a national strategy can help to overcome, so that the community has the expectation that the schools will have good education programs.

As for the involvements with the teachers, teacher workshops are after school. Of course, the parents' nights are in the evening, but I guess we should clarify that we subsidize our speakers in the schools. This is really one of our main reasons for having to raise money, because this enables us to have someone like Norman Panzica or Don Smythe go into a school. It is a reasonable cost to the school because they do not have to pay for the full professional services, and the school boards seem certainly very amenable to that. They feel that is a reasonable approach, but I think we get into a catch-22 situation. If we have too many school boards and too many schools that want to have our services, we cannot afford to give those services, so we have to have some financial base to enable us to give the kind of services that should be given.

We would like to see this kind of program extended into the province of Quebec and other provinces because we would like to see all the schools in Canada have the possibility of having this beneficial effect.

**Mr. Harrison:** Could I add just a coda, if you will pardon the pun, to that. I am conscious of the delicate questions of federal-provincial relations and funding and so on that exist, having worked almost all my life in regulated industries of one sort and another. It seems to me that one simple mechanism that the committee might like to consider would be a dollar-matching formula on funding.

It seems to me, and I think you will probably find this in your own experience in volunteer work, that there is a tremendous multiplier effect by getting volunteers

## [Translation]

communautaire et je puis dire que les deux initiatives ont été couronnées de succès. Je pense que c'est là une excellente méthode pour informer et sensibiliser le public à des fins de prévention, les parents notamment.

J'aimerais vous poser une question concernant vos interventions dans les écoles, qui constituent, semble-t-il, votre cible principale. Pour ma part, j'ai également fait partie pendant huit ans du conseil scolaire de ma localité. J'aimerais savoir si les conseils scolaires collaborent volontiers avec vous et si le gouvernement fédéral pourrait les inciter à se montrer encore plus coopératifs? Par exemple, est-il arrivé qu'un conseil scolaire rejette votre initiative? Est-ce que vos programmes ont lieu durant les heures de classe et les conseils scolaires vous encouragent-ils à intervenir de la sorte?

**M. Burford:** En général, nous intervenons effectivement pendant les heures de classe, et nous regroupons pour cela les élèves d'un établissement. Quant à la coopération des responsables des établissements, cela varie d'un cas à l'autre. En effet, certains directeurs ont l'impression que le fait de nous recevoir stigmatise leur école comme étant atteinte par le problème, et c'est justement là un problème qui devrait être surmonté grâce à une stratégie nationale, grâce à laquelle chacun s'attendrait à ce qu'il y ait, dans les écoles, un programme efficace de sensibilisation.

Quant aux enseignants, les ateliers que nous tenons à leur intention se déroulent après les heures de classe. Bien évidemment, les réunions avec les parents ont lieu le soir. J'ajouterai, pour éviter toute équivoque, que c'est nous qui subventionnons nos conférenciers lorsque ces derniers se rendent dans les écoles. C'est pourquoi, d'ailleurs, nous devons lever des fonds; cela nous permet entre autres, de faire appel à des conférenciers comme Norman Panzica et Don Smythe. Quant aux écoles, leur coût en est réduit d'autant, si bien que les conseils scolaires y sont généralement très favorables. Pour eux, la méthode est tout à fait raisonnable, même si cela crée une sorte de cercle vicieux. Si trop de conseils scolaires ou trop d'écoles réclament nos services, nous risquons ne pas pouvoir répondre à la demande et c'est pourquoi nous avons besoin, pour ce faire, d'une certaine assise financière.

Nous aimerions que ce genre d'initiative soit étendue à la province de Québec mais aussi à d'autres provinces, car selon nous, il faudrait que toutes les écoles du Canada puissent bénéficier de ce genre d'initiative.

**M. Harrison:** Vous me permettrez d'ajouter une coda, jeu de mots mis à part. J'ai moi-même passé presque toute ma carrière dans des secteurs réglementés et je sais donc à quel point les questions de relations fédérales-provinciales, notamment lorsqu'elles touchent au financement, peuvent être délicates. Mais peut-être le Comité pourrait-il envisager un mécanisme très simple pour le financement, à savoir un financement conjoint dollar pour dollar.

Il me semble—et je ne doute pas que votre expérience du bénévolat vous le confirme—que le recours à des bénévoles produit un effet de multiplication extrêmement



[Texte]

involved. A volunteer association such as CODA can go out and beg for air time for its public service announcements and space for its advertisements and cheap nickel-a-time rates on its printing because it is expected of them. Volunteer associations are always scrambling for funds. If the government gets involved you are looking at big bucks. That "stay real" program, I think, was \$2 million or \$3 million in total purchased air time,—great commercials, horses galloping down the beach, fantastic four-colour brochures. It was all very well done and we are not knocking it. We used that. We distributed it to parents, but it was very, very costly.

[Traduction]

puissant. Par exemple, une association bénévole comme CODA peut demander aux différentes stations du temps d'antenne ou aux journaux de l'espace pour sa publicité, et cela à des taux extrêmement bas, car on sait bien que les associations bénévoles sont toujours sans le sou. Par contre, si vous obtenez des subventions gouvernementales, alors, les ordres de grandeur ne sont plus du tout les mêmes. Par exemple, le programme «*stay real*» a coûté quelque chose comme 2 ou 3 millions de dollars pour le temps d'antenne. . . il faut dire que les publicités étaient fantastiques, avec les chevaux qui galopent sur la plage, par exemple. . . et que les brochures à quatre couleurs étaient remarquables. Tout cela, c'était du beau travail et il ne s'agit nullement pour nous de le dénigrer, d'autant que nous nous en sommes servis et que nous l'avons distribué aux parents. Mais le prix en a été exorbitant.

• 1220

If you use the volunteer sector as your base, and then a multiplier effect of adding, perhaps, first provincial funds, then federal funds, you get tremendous bang for the buck, and you do not get into any of the problems of jurisdiction and influence, and all of those things that you mentioned. If you come up with a good program, and you can show us that it is used in the community, and funded by the community, and supported by the province, we will match it dollar for dollar. It is one thing you might like to take a look at.

Par contre, si vous commencez, dans une première étape, par le bénévolat, pour y ajouter ensuite l'effet de multiplication que produisent, dans un premier temps, les fonds provinciaux, puis les fonds fédéraux, alors vous avez bien employé votre argent et vous n'avez aucun des problèmes de compétence et d'influence auxquels vous avez, entre autres, fait allusion. Donc, si vous nous présentez une initiative valable dont vous pouvez démontrer qu'elle est financée et utilisée par la communauté et appuyée par la province, nous vous subventionnerons dollar pour dollar. Voilà une perspective que vous pourriez peut-être étudier.

**Mr. White:** Do you feel, gentlemen, that the taxpayers would be getting their bang for the buck if the federal government became involved? First of all, the federal government could negotiate with the provinces and get a cost-sharing type of program. Secondly—and I think this is very important—the federal government could work as a co-ordinator, to make sure that dollars are spent efficiently across the country. I do not believe anything like that exists now so I think there is a major role for the federal government.

**M. White:** Croyez-vous, messieurs, que l'argent du contribuable serait judicieusement employé si le gouvernement fédéral devait intervenir? Tout d'abord, il faudrait que le fédéral négocie, avec les provinces, un programme de partage des coûts. En second lieu. . . aspect, selon moi, des plus importants. . . le gouvernement fédéral pourrait se charger de la coordination afin de veiller au bon emploi des fonds dans l'ensemble du pays. Je ne crois pas que ce genre de mécanisme existe pour l'instant, mais c'est là un rôle important qui devrait échoir au gouvernement fédéral.

**Mr. Harrison:** No, I do not think so. As I said at the outset, in commenting on the figures Fred gave you, the imbalance between the amount spent on prevention and the amount spent on enforcement, treatment, and research has to be redressed. They are really way out of line. As I said, those who are on drugs tend to remain on drugs, so you have to stop them before they start.

**M. Harrison:** Je ne le crois pas. Comme je l'ai dit au début, alors que je commentais les chiffres que Fred vous a soumis, il faut rétablir l'équilibre entre les montants dépensés au titre de la prévention et ceux consacrés au maintien de l'ordre, au traitement et à la recherche. Il y a là une disproportion flagrante. Comme je l'ai dit, une fois qu'une personne met le doigt dans l'engrenage de la toxicomanie, il lui est difficile d'en sortir. D'où l'importance de la prévention.

**The Chairman:** I would like to follow up on the question related to the cost you just referred to and the imbalance that exists there vis-à-vis education and prevention. I also have a question, with regard to your interesting graphs, the effect of programs within the schools, the interesting results you got, the measurements you took. I want to pursue it just one step further. In order to convince politicians—they like to be shown that they can save money, preferably before the next election;

**Le président:** J'aimerais prolonger la question des coûts, dont vous avez parlé à l'instant, ainsi que du déséquilibre dont souffrent les programmes d'éducation et de prévention. J'aimerais également poser une question concernant vos graphiques, fort intéressants, l'impact de vos initiatives dans les établissements scolaires et les mesures que vous en avez faites. Pour aller un peu plus loin, si nous voulons convaincre les politiciens, je crois que nous pouvons le faire, à condition de ne pas oublier

[Text]

that is what they really like—but hopefully we can convince enough of them that down the road there will be savings. You mentioned matching \$1,000 spent on treatment for one intervention. I can see that the potential is really good.

In the schools where you have had people like Norman Panzica, have you had a study done of the outcome of the students 10 years down the road or maybe 15 down the road or even 20, if necessary? Have you compared the output of that school with another school that did not have a Norman Panzica in it at all, or anybody of that ilk? In other words, it would really convince politicians if you could have a study. If it has not been done, should it be done?

Is it possible to do a study where you do not measure the effects of your programs a few days after, as you did in this study, but where you measure the real changes in attitude? Are they lasting changes? Do they still have an effect in 10 years time? Are you able to track those kids? Has any attempt been made to track them? It is in terms of who comes up for treatment that costs so much money, the \$1,000 a shot.

**Mr. Burford:** No attempt has been made. A longitudinal study certainly is a valuable study to have. It costs a lot of money because you have to set up a process whereby one keeps in contact with the individuals who are going to be contacted at various stages along the way. Certainly we feel this kind of study would be helpful, but it has not been set up yet. I do not know of very many studies of this kind, in the area of the effects of drug education, in Canada or in the United States.

• 1225

We know of some of them that have been set up in terms of the history of someone who begins the use of drugs when in high school and what that situation is 10 years afterwards for that person, but none so far in terms of the effects of a drug education program. I think that would be of value, but it would cost a lot of money, and we would have to wait for 10 years to see the results.

With the situation we are dealing with right now, we have to try to go with experiences that have proved to be positive and that have had evaluations that would seem to be reasonable evaluations. Maybe we should look at more short-term evaluations, where the evaluations are more comprehensive, to have politicians more certain that a certain approach is going to be helpful.

**The Chairman:** Gentlemen, may I then thank you both for being with us this morning. We have enjoyed your testimony and the way you have handled our questions.

This meeting will now stand adjourned.

[Translation]

qu'ils aiment bien qu'on leur démontre, surtout lorsque les élections ne sont pas loin, qu'il y a moyen de réaliser des économies. Vous avez parlé d'une subvention de 1,000\$ chaque fois que 1,000\$ sont dépensés pour le traitement d'un cas particulier. Je crois que c'est là une idée prometteuse.

Lorsque vous faites intervenir des gens comme Norman Panzica dans les écoles, est-ce que vous faites ensuite une étude de suivi pour savoir quel est le comportement des élèves 10 ans, 15 ans, voire 20 ans plus tard, le cas échéant? Par exemple, avez-vous comparé les écoles où des gens comme Norman Panzica sont intervenus et celles où il n'y a pas eu d'intervention? J'aimerais pouvoir me servir de ce genre d'études pour convaincre nos politiciens. Au besoin, on pourrait d'ailleurs envisager de faire faire ce genre d'études.

J'aimerais savoir si l'on pourrait étudier non pas l'incidence à court terme de vos interventions, mais leurs répercussions sur l'attitude, sous forme de changements profonds et durables. J'aimerais savoir si vous pouvez, 10 ans plus tard par exemple, retrouver les élèves de ces établissements. N'oublions pas que le traitement coûte cher, puisqu'il s'agit de 1,000\$ par intervention.

**M. Burford:** Non, on n'a pas fait ce genre d'études, mais il serait effectivement souhaitable de faire ce genre de monographies. Évidemment, cela coûte cher, car il faut prendre les dispositions nécessaires pour garder le contact avec les intéressés et les relancer périodiquement. Je conviens que ce genre d'études seraient tout à fait précieuses, mais rien n'a encore été fait dans ce sens. Je n'ai d'ailleurs pas entendu parler, que ce soit au Canada ou aux États-Unis, d'un grand nombre d'études sur l'incidence de la sensibilisation à l'égard des drogues.

Nous savons que des dossiers ont été constitués pour suivre l'évolution de jeunes gens qui ont commencé à se droguer, alors qu'ils étaient dans le secondaire, lorsqu'on veut faire le point sur leur situation 10 ans plus tard. Mais je ne crois pas que l'on ait étudié en particulier l'incidence des programmes de sensibilisation à l'égard des drogues. Ces études, encore une fois, seraient certainement très utiles, mais elles nécessiteraient de gros investissements, et il faudrait attendre une dizaine d'années pour en obtenir les résultats.

Compte tenu de la situation actuelle, nous avons dû nous fonder sur des expériences dont on a démontré le caractère positif grâce à des évaluations acceptables. Si nous voulons convaincre les milieux politiques du bien-fondé de telle ou telle démarche, peut-être faudra-t-il effectivement envisager des évaluations à plus court terme et sur une plus vaste échelle.

**Le président:** Messieurs, je vous remercie tous deux d'avoir comparu devant nous ce matin. Nous avons apprécié et votre témoignage et la qualité de vos réponses.

La séance est levée.



[Texte]

[Traduction]

## AFTERNOON SITTING

• 1320

**The Chairman:** We have as our first witness this afternoon Mr. Bruce Cunningham, who will talk to us on the employee assistance programs. Mr. Cunningham.

**Mr. Bruce Cunningham (Addiction Research Foundation):** Thank you, Mr. Chairman. The area I work in, the employee assistance programs, really addresses two of the foundation's goals: to encourage the involvement of people with problems in treatment, and secondly, to encourage the development of strategies to prevent the problems developing. The focus of employee assistance programs, though, is on a particular target—the workplace. It focuses there, and it is what programming is possible within the setting of a workplace.

Now, we might ask ourselves why focus on workplace? From the point of view of the Addiction Research Foundation, it is a marvellous target, in that it is an organized situation where people exist in groups where they can be reached with programs or information to benefit them. They represent a segment of the population of Ontario for whom we are concerned. From the workplace point of view, the rationale is basically that they are experiencing problems, and therefore there are needs in the workplace that employee assistance programs and health promotion programs are meant to address.

In the brief I give certain data about some of the problems that are surfacing in workplaces. It is hard to come by a lot of firm statistical data to give the exact prevalence and incidence of problems. We have as sources general home surveys that are conducted in the population periodically, and we can project those data to workplaces and assume a particular group of employees represents the population as a whole, or perhaps, because of their age or sex, they would represent a group more likely to be at higher risk or lower risk. Young male work forces tend to be at a higher likelihood of heavier use of alcohol and other drugs. Predominately female work forces would probably have less incidence of the problem.

The other source of information we have is that one of our scientists, Martin Shain, has conducted surveys in workplaces, using among his instruments a Mortimer-Filkins questionnaire, which tries to get people to self-identify themselves on a scale. According to those surveys in about four or five workplaces, the figures of 2% to 15% come out.

## SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI

**Le président:** Notre premier témoin, cet après-midi, est M. Bruce Cunningham, qui va nous parler des programmes d'assistance aux employés. Monsieur Cunningham, vous avez la parole.

**M. Bruce Cunningham (Fondation de recherches sur la toxicomanie):** Merci, monsieur le président. Le domaine dans lequel je travaille, celui des programmes d'assurances aux employés, correspond à deux objectifs de la fondation: encourager les gens à s'intéresser aux problèmes posés par le traitement, et, en deuxième lieu, encourager l'élaboration de stratégies afin d'éviter la propagation de ces problèmes.

Cela dit, les programmes d'assistance aux employés concernent essentiellement le lieu de travail et sont axés sur ce dernier. Pourquoi, me direz-vous, axer ces programmes sur le lieu de travail? Je répondrai que, du point de vue de la Fondation de recherches sur la toxicomanie, le lieu de travail constitue un cadre idéal, car les gens y sont organisés en groupe et on peut les rejoindre facilement pour leur dispenser certaines informations ou les faire bénéficier de certains programmes. Il s'agit d'une tranche de la population ontarienne qui nous intéresse particulièrement et que nous cherchons à atteindre sur les lieux de travail, car nous partons du principe qu'il existe là certains besoins auxquels peuvent répondre les programmes d'assistance aux employés ainsi que les programmes de promotion de la santé.

Dans mon mémoire, je fournis des détails concernant certains problèmes qui surgissent sur le lieu de travail. Évidemment, il est difficile de trouver les données statistiques confirmées qui permettraient de décrire l'importance et l'incidence de tel ou tel problème. Nous nous fondons sur des enquêtes à domicile conduites à intervalles périodiques, dont nous projetons les données sur les lieux de travail en considérant qu'un groupe donné d'employés représente l'ensemble de la population ou encore, compte tenu de leur âge et de leur sexe, qu'ils représentent un groupe plus ou moins exposé. Par exemple, on constate que les hommes, surtout lorsqu'ils sont jeunes, sont davantage exposés à l'abus d'alcool et d'autres drogues. On considère que, de ce point de vue, les groupes d'employés principalement composés de femmes sont moins exposés à ce genre de problème.

Nous tirons également nos informations des sondages effectués par l'un de nos experts, Martin Shain, sur les lieux de travail; il a utilisé, entre autres instruments, le questionnaire Mortimer-Filkins, qui demande aux gens de s'attribuer eux-mêmes une place sur une échelle de valeurs. On obtient ainsi, sur un échantillon de quatre ou cinq établissements, une fourchette allant de 2 p. 100 à 15 p. 100.



*[Text]*

I should explain where they come from. The highest-risk category on that scale turns up about 2% to 3% of the work force identifying themselves by their behaviour, their habits, their attitudes, as being in that very high-risk category. This fairly closely associates with other surveys of the province that suggest the alcoholic level in the population would be around 3%. So there is congruence between the work-site survey, which shows 2% to 3% of the work force as at very high risk, and the other survey. Those same work force surveys identify roughly 8% to 12% or 14% in the moderately high risk group. That is where that 15% figure comes from.

So when we say 2% to 15%, it seems like a wild fluctuation, but basically it suggests 2% to 3% of people in work forces we have studied have, or likely have, very serious problems already with alcohol, and 8% to 12% are at serious risk levels.

So we know there are these kinds of problems likely to be expected in work forces. We have not studied every work force, so we can only project that data for other work forces.

In the brief we give some information regarding the kinds of problems that occur in workplaces because of absenteeism, because of accidents, because of morale problems, lost productivity, and that can be associated with the heavy use of these drug substances.

• 1325

Generally speaking, these problems have been identified with heavy use of alcohol or other drugs. We do not have any data on moderate or light use of drugs. We cannot say that they increase the likelihood of accidents or other costs to industry, and we cannot say that they do not. But we definitely are pretty certain that the heavy use of alcohol and other drugs does correlate with costs in the work site.

So the work sites are concerned and therefore are open to the consideration of including programs for the benefit of employees and of employers that improve the health of employees and lessen costs.

The basic program that we have developed within work sites in Ontario is known as the employee assistance program. It started as an alcohol recovery program back in the 1950s and became a broad-brush employee assistance program. These are basically policies and procedures in a workplace that say the organization is prepared to assist any employee who has or might develop a problem of a personal nature, and also will seek to direct people into assistance, if their work performance is

*[Translation]*

Permettez-moi d'expliquer ces chiffres. La catégorie présentant le risque le plus élevé, selon cette échelle, représente 2 à 3 p. 100 du personnel; ces gens pensent qu'en raison de leur comportement, de leurs habitudes et de leurs attitudes, ils appartiennent à une catégorie à risques très élevés. Ces chiffres correspondent d'assez près à d'autres études à l'échelon provincial, selon lesquels les alcooliques représenteraient environ 3 p. 100 de la population. Il y a donc une relation entre le sondage portant sur les lieux de travail, qui montre 2 ou 3 p. 100 du personnel présentant un risque très élevé, et l'autre sondage. Ces mêmes sondages considèrent que le groupe présentant un risque relativement élevé représente entre 8 et 14 p. 100 du personnel, d'où le pourcentage de 15 p. 100.

Vous voyez donc que lorsque nous parlons d'une fourchette de 2 à 15 p. 100, malgré les fluctuations apparemment considérables, il s'agit en fait d'une tranche de 2 à 3 p. 100 de la population active présentant de graves problèmes d'alcoolisme, et de 8 à 12 p. 100 qui sont relativement menacés.

Voilà qui nous donne une idée de l'ampleur des problèmes au sein de la population active. Nous n'avons pas étudié tous les groupes d'employés, c'est pourquoi nous devons nous contenter de projections.

Dans notre mémoire, nous présentons également certaines données concernant la nature des problèmes qui surviennent sur les lieux de travail en raison de l'absentéisme, des accidents, des problèmes de moral ou encore de la baisse de productivité, problèmes qui présentent tous un lien avec l'usage abusif de ces substances toxiques.

On a pu établir, de manière générale, le lien entre ces problèmes et une forte consommation d'alcool ou d'autres drogues. Nous ne disposons pas de données concernant une consommation modérée de ces substances, c'est pourquoi nous ne pouvons affirmer qu'elles augmentent le risque d'accident ou l'augmentation de certain coûts; en fait, nous ne pouvons pas non plus affirmer qu'elles n'ont aucune incidence. Cela dit, nous sommes tout de même convaincus que l'abus d'alcool et d'autres drogues entraîne des coûts supplémentaires sur les lieux de travail.

Étant donné que les lieux de travail sont touchés par ce genre de problèmes, il y a lieu d'y envisager certaines initiatives destinées à améliorer la santé des employés et à réduire les coûts, dans l'intérêt à la fois des employés et des employeurs.

En Ontario, le programme que nous avons mis sur pied en vue d'une application sur les lieux de travail s'appelle le programme d'assistance aux employés. Il remonte aux années 50, époque où il concernait spécifiquement les alcooliques, mais aujourd'hui, son éventail d'application est beaucoup plus large. En gros, nous avons adopté certaines politiques et procédures, aux termes desquelles l'établissement se déclare prêt à venir en aide à tout employé présentant ou susceptible de présenter un

[Texte]

affected, as one of the ways in which they would seek to deal with those kinds of problems.

Originally the program started as the later-stage invention, with management taking the initiative, training their supervisors to look for signs and indicators, and then using what is called corrective construction coercion to persuade an employee having problems to seek help, rather than facing the alternative of going through the disciplinary process.

This is still a core part of these programs, but more and more, as a result of jointly developed programs, the employees and the unions have pushed to intervene at earlier stages and have encouraged the development of the voluntary participation in these programs.

And if you look at programs that have been established in the last five years, it might not even appear on the surface that the supervisors are very visible, actively intervening and directing employees into these programs, because the great majority of people using them would probably be going forward voluntarily. So the appearance of these programs have changed.

The most recent area for development is to try to build health promotion and problem prevention programs into work site programs. This is generally developed from separate pathways. The people who have developed health promotion programs have often come out of a different stream than those who have developed the employee assistance program.

At the present time the ARF is exploring with Health and Welfare Canada a pilot project to see the value of combining health promotion and employee assistance in some pilot work sites in Ontario. This project will not be completed until 1989 so we do not have any results to share with you from that project, but it is an example of a type of cost-sharing that is going on in the employee assistance or workplace program field that is very productive.

In looking at the question of workplace programs that are not primarily government programs—do not rely primarily on government assistance other than the use of community treatment when people are referred out from the workplace into assistance—how do they relate to a federal government committee? This is the question I had in mind. What would be of interest? In your questions you will tell me what is of interest, but in thinking, from my point of view, it struck me that there are several areas that you might be interested in. The federal government is one of the largest employers in Canada and, therefore, is in a position to function as a progressive employer in the continuation of this type of programming for its employees. The federal government actively has such programs and so I would hope that the committee would encourage them to maintain this thrust within that area.

[Traduction]

problème personnel; par ailleurs, l'établissement s'efforcera, lorsque la performance professionnelle de l'employé en est affectée, d'aider l'employé à résoudre son problème en le dirigeant vers une forme donnée d'assistance.

À l'origine, notre programme n'a été mis en oeuvre qu'une fois le problème confirmé; c'est-à-dire que la direction de l'entreprise formait les cadres à déceler des signes et manifestations indiquant l'existence de ces problèmes; on passait alors à ce que l'on appelle la coercition correctrice afin de persuader l'employé de se faire aider, plutôt que de s'exposer à des sanctions.

Tel est donc le point de départ de ces programmes; toutefois, grâce aux méthodes de conception conjointe, les employés et les syndicats ont insisté pour que l'on intervienne plus tôt et ont encouragé la promotion d'une participation volontaire à ces initiatives.

Lorsqu'on passe en revue les programmes mis sur pied au cours des cinq dernières années, on constate que l'intervention des cadres est tellement discrète qu'on la perçoit à peine; en effet, on peut penser que la majorité des intéressés s'inscrivent d'eux-mêmes à ces activités, ce qui modifie complètement l'allure des programmes.

Plus récemment, on s'est efforcé d'intégrer la promotion de la santé et la prévention des problèmes aux programmes destinés aux lieux de travail. En général, l'origine de ces initiatives est différente, car les personnes s'occupant de la promotion de la santé ont suivi une filiale distincte de celle qui s'occupe de l'assistance aux employés.

À l'heure actuelle, la Fondation de recherches sur la toxicomanie étudie, en conjonction avec Santé et Bien-être Canada, un projet pilote visant à combiner la promotion de la santé et l'assistance aux employés sur certains lieux de travail en Ontario. Toutefois, ce projet n'atteindra son terme qu'en 1989, et nous n'avons donc pas de résultats à vous communiquer à son sujet; toutefois, c'est une bonne illustration du genre de programmes à frais partagés destinés à venir en aide aux employés sur les lieux de travail et dont les résultats sont très positifs.

Tâchons à présent de voir le lien entre le mandat d'un comité parlementaire fédéral tel que le vôtre et les programmes d'aide aux employés qui ne relèvent pas directement de l'aide gouvernementale—si l'on fait abstraction des employés dirigés vers un traitement en dehors du milieu professionnel. En y réfléchissant, je me suis dit que vous seriez probablement intéressés par plusieurs secteurs. Tout d'abord, le gouvernement fédéral est l'un des principaux employeurs au Canada et il peut donc donner l'exemple en appliquant et en maintenant des régimes progressistes à l'intention de ses employés. Certains programmes existent déjà, et j'espère que le Comité encouragera leur maintien et la poursuite des efforts dans ce domaine.



[Text]

There is one group that I am not sure is covered by these programs, and that is the people who work for Parliament itself, perhaps the people right here. They may not be presently covered under the umbrella of the Treasury Board's employee assistance program, and it might be something the committee could address in its deliberations in this regard.

Another point to be aware of is that, with the development of the voluntary emphasis in these employee assistance programs, there has been an increase in trying to create confidential pathways for employees to seek help without the knowledge of the employer. There has grown up an industry, the EAP service provider industry, which amounts to a type of privatization of health and social services in the country that is going on without anybody planning it necessarily and happening in a small way. But it still might be of interest to this committee to make itself aware of the fact that many companies are hiring agencies or professionals to provide their employees with the initial assessment counselling and referral. So this may be something you wish to look into further.

• 1330

A third point of interest would be, as I mentioned, the co-operative venture between Health and Welfare Canada and the Addiction Research Foundation. I think the committee could encourage that type of project to continue.

The fourth point I would mention is something I just address briefly in my paper, because it is not directly an employee assistance program issue, but the recent development of urinalysis screening within workplaces is a matter of concern to many people. It probably is a matter of concern to this committee. As chairman of the task group in ARF that prepared a report, I am prepared also to respond to questions in that area if it should be of interest to the group.

I will conclude my remarks at this point, Mr. Chairman, and wait for questions from members of your committee.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Cunningham. You have your thoughts well co-ordinated and put together there. I will look first to Mr. White perhaps for some questions.

**Mr. White:** Thank you. I was very interested to read here that the recovery rate is as high as it is. To me, 70% to 80% says that if we could involve most companies in the country, we would have a large part of the problem solved. In fact, testimony we heard earlier in the day told us that a great deal of the alcohol and drug problem is with the unemployed as well, so what we are looking at here is a very specifically targeted program. Is there any specific advice you could give the committee as per encouraging companies, large and small, to participate in such a program?

[Translation]

Il y a une catégorie dont je ne suis pas sûr qu'elle bénéficie de ces programmes, je veux parler des employés du Parlement, peut-être même certaines des personnes qui se trouvent ici aujourd'hui. Je ne suis pas sûr que ces personnes bénéficient du régime d'assistance aux employés du Conseil du Trésor et peut-être votre Comité pourrait-il se pencher sur cette question.

Par ailleurs, étant donné que ces programmes d'aide aux employés deviennent de plus en plus volontaires, il importe de proposer aux employés des filières qui leur permettront de solliciter une assistance sans que leur employeur en soit informé. On a donc vu se développer un secteur, le secteur des programmes d'assistance aux employés; il s'agit, en fait, d'une privatisation des services de santé et d'aide sociale, laquelle se fait souvent sans planification et sur une petite échelle. Mais votre Comité apprendra peut-être avec intérêt que bon nombre d'établissements engagent des professionnels chargés d'évaluer la situation et de diriger l'intéressé. Peut-être souhaitez-vous étudier cela plus en détail.

Comme je l'ai dit, une collaboration entre Santé et Bien-être Canada et la Fondation de recherche sur la toxicomanie pourrait avoir des résultats féconds et je suggère à votre Comité d'encourager une telle initiative.

En quatrième lieu, je voudrais souligner un aspect mentionné très brièvement dans mon document, car il ne s'agit pas à proprement parler de programme d'assistance aux employés: la sélection des employés par voie d'analyse d'urine préoccupe beaucoup de gens. J'imagine que votre Comité s'y intéresse également. En ma qualité de président d'un groupe de travail de la Fondation de recherche sur la toxicomanie qui a préparé un rapport sur ce sujet, je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions dans ce domaine.

Je m'en tiens là pour l'instant, monsieur le président, et suis prêt à répondre aux questions de votre Comité.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Cunningham. Voilà un exposé clair et bien présenté. Je donne, pour commencer, la parole à M. White.

**M. White:** Je vous remercie. J'ai été intéressé d'apprendre que le taux de guérison était si élevé. Le pourcentage que vous citez, 70 ou même 80 p. 100, signifie que si nous pouvions intéresser la plupart des entreprises du pays, le problème serait en grande partie résolu. Toutefois, certains témoins nous sont également dit, aujourd'hui, que les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie touchent dans une grande mesure les chômeurs; par conséquent, votre initiative concerne un secteur bien déterminé. Quelles sont, selon vous, les méthodes par lesquelles notre Comité pourrait engager les entreprises, les grandes comme les petites, à participer à un tel programme?



[Texte]

**Mr. Cunningham:** I think the concept of employee assistance programs has been fairly well-established in Ontario and I sense with large corporations it is well-accepted across the country, but it could be still reinforced as a valuable kind of program. Word from this committee coming out certainly helps to sell the idea and plant it in the minds of organizations.

The other area is probably not in the realm of this committee to do very much about, but smaller organizations find it difficult to provide the type of confidential service that can be purchased by the larger companies. It may be that at a community level there may develop some kind of co-operative venture to provide smaller employers with access to the services of an employee assistance provider through a chamber of commerce, or through community United Way, or some group like that. I do not think it is foremost among the needs of the people in Canada. It may be something that could be encouraged and be developed privately or through local government rather than at the federal level.

The recovery rate of 70% to 80% of course fits in with what Garth Martin said about it depending on the characteristic of the client. These are people who generally are still with their families, they still have their jobs and they have incentive and support from their employer. So those are very powerful factors to support recovery.

**Mr. White:** Right. It reinforces the treatment schedule that would be needed for people who do not have employment. It reinforces the fact that there are social factors behind the people who suffer addiction, who are unemployed, who are perhaps less well educated than the average person would be.

Just as a last point, Mr. Cunningham, perhaps you would not mind taking a minute or two and expanding upon the task group that you mentioned at the end of your comments. I would be interested to hear basically in your opinion what the highlights of that *Best Advice* paper were.

• 1335

**Mr. Cunningham:** We looked at the question partly in response to numerous inquiries that were coming to the foundation on this subject. We wanted to have a coherent answer based on the experience of our numerous divisions here at the foundation. We studied the question and identified several points as we went along. There already was quite a bit in the literature and in the popular press by the time we studied this, coming from the United States.

We examined the technology and decided it did have the capability of providing accurate readings, if it was conducted properly; in other words, if the proper tests were used, if the staff were properly trained, and if the proper procedures along the way were used. However, there does not appear to be any legislation or regulation in

[Traduction]

**M. Cunningham:** Je crois que les programmes d'assistance aux employés sont à présent relativement bien implantés en Ontario et qu'on peut en dire autant des grandes entreprises de l'ensemble du pays; toutefois, étant donné leur utilité, on pourrait encore les renforcer; je crois, par conséquent, que lorsque les gens apprennent que votre Comité a entrepris de voyager pour étudier la question, cela contribue à ancrer davantage l'idée de ces programmes.

Quant à l'autre domaine, à savoir le fait que les petites entreprises ont du mal à s'offrir les services confidentiels auxquels ont recours les grosses sociétés, je crains que votre Comité ne soit pas en mesure d'y changer grand-chose. Peut-être pourra-t-on mettre sur pied, au niveau d'une localité, une entreprise coopérative qui mettra les programmes d'assistance aux employés à la portée des petites entreprises, par le truchement d'une chambre de commerce, ou du centraide local, ou quelque chose du genre. Je ne crois pas que cela représente un besoin essentiel pour la population du pays. Sans doute y aurait-il lieu d'encourager cela au niveau du secteur privé ou des autorités locales, plutôt qu'à l'échelle fédérale.

Pour reprendre ce que disait Martin Garth, le taux de guérison de 70 à 80 p. 100 dépend bien sûr des caractéristiques de tel ou tel client. Il s'agit, en général, de personnes qui vivent encore au sein de leurs familles, qui ont conservé leur emploi et que leur employeur encourage. Il s'agit là de facteurs très puissants de guérison.

**M. White:** Voilà qui incite à renforcer le traitement destiné aux chômeurs, car cela met en évidence les facteurs sociaux qui entrent en jeu lorsque les personnes touchées sont au chômage et ont peut-être une instruction inférieure à la moyenne.

Enfin, monsieur Cunningham, pourriez-vous en quelques mots nous parler du groupe de travail que vous venez de mentionner. J'aimerais connaître les points saillants de ce document intitulé *Best Advice*.

**M. Cunningham:** Notre intérêt pour cette question a été suscité par un certain nombre de demandes de renseignements adressées à la Fondation. Nous tenions à ce que la fondation présente une réponse cohérente, en s'inspirant du point de vue de ces différentes sections. En cours de route, nous avons dégagé un certain nombre de problèmes, et nous avons également pris connaissance de la littérature spécialisée et des articles que la presse avait consacré à cette question, notamment aux États-Unis.

Nous avons étudié la technique en la matière et constaté que, bien appliquée, elle permettait des interprétations précises; en d'autres mots, il s'agissait de bien former le personnel et d'appliquer les tests et procédures appropriés. Cela dit, je ne crois pas qu'il existe, au niveau national, une loi ou un règlement qui

*[Text]*

the country that would require that sort of procedure be followed. So there is a problem. Although we can say the tests can be done accurately, many people are concerned that their test will not be done accurately; and it appears as though there is no clear direction of regulation in the country to say how these things should be conducted.

The other concern we had with the tests was that although accurate, it is not clear how to interpret a positive result from the test. It indicates that a person has used a substance some time in the past. You cannot say how much they have used and you cannot say how frequently they have used it or how recently they have used it.

Our other findings in the area of working with populations are generally speaking that it is the heavy use that is associated with most of the problems. The problems I identified as workplace problems tend to associate with heavy use, and the tests themselves do not easily identify heavier use from ordinary use, so they appear to cast a very wide net to catch a great number of people, some of whom would be people who would be experiencing problems. So we had some concern about the use of these tests on a wide scale, either mass or random usage. We also felt that if they were used, because they would pick up such a variety of people, the response to any positive results should be rehabilitative, should come out of the tradition of the employee-assistance concept of offering assistance to an employee, rather than used in a punitive way.

The group did feel there were certain occupations where perhaps the risk of accident that might result from someone who was either impaired on a substance or who was experiencing withdrawal or after-effects from use of a substance might be great enough that they might warrant special treatment. And that is why in our report we identified high-risk type work without saying what it was. We did not feel we were qualified to say which jobs were in that high-risk category. But we distinguished them from all other jobs, and suggested that perhaps in those situations there may be room for the use of urine tests as part of an overall program of reducing risks from drug use.

Our overall experience in workplaces has been with employee assistance programs, and in that setting we find our best results are obtained from joint co-operative efforts between management and labour, or management and employees, in developing the programs and in conducting them. Urinalysis creates some problems to try to incorporate this into an ongoing program that is done jointly. It would create no problems if the matter was discussed and agreed jointly that certain procedures would be followed. Then it would be possible that urine tests could be blended in with these other programs and perhaps strengthen what is available. But if urinalysis was imposed, either through government regulation or through a management decision, it could in fact interact negatively with the co-operative programming that is

*[Translation]*

exige de se conformer à ce genre de procédure, d'où le problème. Même si nous pouvons affirmer que le test présente une certaine précision, bon nombre de gens n'en sont pas convaincus; en outre, il n'existe pas de lignes directrices ou de règlements sur leur application.

En outre, malgré la précision des tests, on ne sait toujours pas comment interpréter un résultat positif; je veux dire par là que le test indique qu'une personne, à un moment donné, a consommé telle ou telle substance mais n'en précise pas la quantité, ni la fréquence, ni la période de consommation.

Nous avons également constaté que c'est généralement l'abus d'une substance qui crée la plupart des problèmes sur les lieux de travail. Or, les tests ne font pas vraiment la différence entre une consommation abusive et une consommation moyenne, contribuant ainsi à mettre en cause un grand nombre de gens, dont une fraction seulement, peut-être, présente de vrais problèmes. C'est pourquoi nous avons quelques réserves quant au recours généralisé, ou même aléatoire, à ce genre de tests. Nous avons également considéré qu'étant donné le vaste éventail de personnes considérées comme positives, il ne faudrait pas s'en servir pour prendre des sanctions, mais au contraire s'inspirer de la tradition d'aide aux employés pour chercher à les réhabiliter.

Notre groupe de travail considère que, pour certaines professions, l'effet de la consommation ou encore des phénomènes de retrait risquaient plus particulièrement de provoquer des accidents: dans ce genre de cas, nous nous sommes prononcés pour un traitement spécial. C'est pourquoi, dans notre rapport, nous parlons de professions présentant un risque élevé, sans pour autant les identifier car nous ne nous considérons pas comme qualifiés pour le faire. Toutefois, compte tenu de la distinction opérée, nous considérons que le recours à des analyses d'urine, pour ces catégories particulières, pourrait contribuer à réduire les risques présentés par la consommation de drogues.

Notre expérience en milieu de travail touche essentiellement les programmes d'assistance aux employés et nous avons constaté que les meilleurs résultats proviennent d'une élaboration et d'une mise en oeuvre conjointes de ces programmes par la direction et par le personnel. Il est difficile d'incorporer les analyses d'urine à un programme permanent de conception conjointe. On pourrait faire admettre les analyses d'urine en les intégrant à d'autres programmes et en ayant soin d'instaurer un processus de consultation avant leur adoption. Toutefois, si l'on décide d'imposer les analyses d'urine, par voie de règlement gouvernemental ou de décisions de la direction de l'entreprise, on risque d'affaiblir les programmes coopératifs et d'en réduire l'efficacité. Cela dit, il est difficile de se prononcer, en



[Texte]

going on, and could end up with less effectiveness. We do not know. We have no data on that. But that was our concern.

That is why we were very cautious in saying that we do not think at this stage it is warranted generally, but it may have some value in fairly narrow specific situations. Now, that is a long answer to your question, but you really asked me to tell you the whole report.

**Mr. White:** I appreciate that very much, and in particular your comments at the end on urinalysis and drug testing. Thank you very much, Mr. Cunningham.

**The Chairman:** Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** Mr. Chairman, I hope when you were speaking about the big consumer it was not in relation to my shape.

More seriously, I would like to say that Mr. White asked the right question, so there is only one question I would like to put forward. Which are the main sectors of activity where you have put in place employee drug screening? Is it public services, para-public services, or the private sector?

• 1340

**Mr. Cunningham:** We did not recommend that it be put in place in any particular setting. I think when we identified high-risk jobs we were thinking of types of employment where people worked quite often away from supervision and where if they were to have an accident it would put not only themselves at risk but other employees and the public.

The transportation sector of work naturally comes to mind in this setting, because in the transportation sector a number of people do operate for long periods of time away from supervision. In other high-risk industries, such as the nuclear industry, where, in a way, an accident could be extremely devastating, there are usually so many checks and balances, so much teamwork, and so much supervision that it is possible to wait until you identify a problem before you deal with it. So it is not just the risk of the job but the way in which the job is organized that would seem to us to lend itself or not lend itself to the use of urinalysis.

**Mr. Grondin:** I was wondering if there was any sector where the problem is higher, and you have just answered that question. But if I take the reply you made, you say according to 1984 surveys 84% of Ontario adults aged 18 and over reported the use of alcohol and 3% the use of cocaine, and if you go for the 18-to-29-year-old group in the same survey it was 90%. Could you tell me if there is any age where the problem is more specific? I know there is a problem when we are young, and there is a big

[Traduction]

raison du manque de données. Mais tel est l'objet de nos préoccupations.

C'est pourquoi nous nous sommes entourés de beaucoup de précautions lorsque nous avons déclaré que selon nous, ces analyses d'urine ne sont pas justifiées pour l'instant, sauf dans certaines situations bien précises. Voilà une réponse bien longue à votre question, mais vous m'avez demandé de ne rien laisser de côté.

**M. White:** Je vous en suis très reconnaissant, notamment pour l'aspect concernant l'analyse d'urine et les tests de consommation de drogues. Je vous remercie beaucoup, monsieur Cunningham.

**Le président:** Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Monsieur le président, j'ose espérer que lorsque l'on a parlé de gros consommateurs, personne n'avait à l'esprit mon tour de taille. . .

Cela dit, M. White ayant posé d'excellentes questions, il ne m'en reste plus qu'une à poser moi-même. Quels sont les principaux secteurs dans lesquels vous avez mis en place un dépistage de la toxicomanie? S'agit-il de la fonction publique, du secteur para-public ou du secteur privé?

**M. Cunningham:** Nous n'avons pas recommandé que ce système soit mis en place dans un contexte particulier. Lorsque nous avons identifié des emplois présentant des risques élevés, nous avions à l'esprit, je crois, le genre de métier où les gens travaillent souvent sans surveillance et où les accidents risquent d'abord des conséquences néfastes non seulement pour l'employé lui-même mais également pour les autres employés et le public.

Le premier secteur qui vient à l'esprit est bien évidemment celui des transports, car le personnel y travaille souvent pendant de longues heures et sans surveillance. Dans d'autres secteurs à risque élevé, comme l'industrie nucléaire, où les accidents peuvent avoir des conséquences catastrophiques, il existe généralement tout un enchevêtrement de mesures de surveillance et de vérifications, outre le fait que le travail se fait souvent en équipe: on peut donc se permettre d'attendre qu'un problème surgisse pour tâcher de le régler. Ce n'est donc pas seulement le risque présenté par le travail que nous prenons en compte, mais également le contexte dans lequel la tâche est effectuée, avant de prendre position quant à l'analyse d'urine.

**M. Grondin:** Je me demandais s'il existait un secteur où le problème est plus aigu, et vous avez justement répondu à ma question. Si je me fonde sur vos chiffres concernant l'Ontario, en 1984, 84 p. 100 des adultes âgés d'au moins 18 ans déclaraient consommer de l'alcool et 3 p. 100 de la cocaine, alors que pour la tranche des 18 à 29 ans, le chiffre est de 90 p. 100. Avez-vous identifié un âge particulièrement touché par ce problème? Je sais que la jeunesse est particulièrement menacée, et en général, les



[Text]

problem with the youth. The problem begins there. But is there any specific age where the problem is really at a high level?

**Mr. Cunningham:** My understanding of the use of alcohol is that it tends to be a matter that has been changing with generations rather than age. Therefore the 90% figure for young adults today would mean that probably when they get to be 60 years old there may be 90% of the 60-year-olds consuming some alcohol. The reason I think we have a much lower percentage of the older citizens is they grew up at a time when it was not so prominent. When the foundation started in 1949, I believe 50% of the population of Ontario did not consume any alcohol.

So I think with alcohol use it tends to be a generational thing, and most of those people will continue to consume alcohol through their lifetime. It does not seem to peak and drop down; although if you looked at age categories, you would find there is more at the younger age. But I think they will carry that through.

With the use of other drug substances there tends to be an element of rebellion, or risk-taking, of doing something different from the older generation and the establishment that is involved in the use of these other drugs. I think people who take it for those reasons tend to peak and drop back. I think in high school studies it is around grade 11 that the use peaks and then it drops down. With glues and solvents it peaks at a much earlier age. So with certain substances there is a peaking and people give up the use.

We do find with alcohol also that young adults, the 18-to-29-year-old group, tend to consume at a hazardous level. If you study university groups or if you study the military, logging, or resource development areas, you get this high rate of alcohol consumption. It is often thought to be associated with particular occupations, but it is probably more associated with age and sex and people living away from home than it is with those. I think heavy use of alcohol sometimes cuts back as people get older.

**The Chairman:** Mr. Cunningham, you have told us about the pilot projects you have going with the Department of National Health and Welfare in Ottawa, where you are integrating health promotion activities with the EAP. Are there other areas of involvement that you could see, where your interests are located, that could be promoted by this committee in terms of how you might cooperate with the help of National Health and Welfare?

[Translation]

gens commencent assez tôt. Mais y a-t-il une tranche d'âge particulièrement vulnérable à ce genre de risque?

**M. Cunningham:** En ce qui concerne la consommation d'alcool, je crois que les variations sont davantage fonction de la génération que de l'âge. Par conséquent, si vous prenez les jeunes adultes d'aujourd'hui, le chiffre de 90 p. 100 signifie probablement que lorsqu'ils auront atteint l'âge de 60 ans, il y en aura également 90 p. 100 qui consommeront une certaine quantité d'alcool. La faiblesse du pourcentage enregistré chez les citoyens plus âgés s'explique par le fait qu'ils ont grandi à une époque où l'on consommait beaucoup moins d'alcool. Lorsque notre fondation a été créée, en 1949, je crois que la moitié de la population de l'Ontario ne consommait pas une goutte d'alcool.

Je crois par conséquent que la consommation d'alcool présente une corrélation avec la génération, et que la plupart de ces gens continueront de consommer de l'alcool pendant toute leur vie. On ne constate pas de grosse variation. Les jeunes sont davantage touchés, mais je crois que les taux demeurent stables.

Quant à la consommation de drogues, je crois qu'elle tient également à une certaine rebellion, au goût du risque et au désir de se distinguer de la génération précédente et de suivre la mode actuelle. Je crois que lorsque ce sont là les motifs de la consommation de drogue, cette dernière tend à décliner au bout d'un moment. Je crois que dans le secondaire, c'est vers la 11<sup>ème</sup> année que la consommation atteint son paroxysme. Je précise que pour les colles et les dissolvants, c'est beaucoup plus tôt. Encore une fois, la consommation atteint un sommet puis la personne y renonce.

En ce qui concerne l'alcool, je crois que la consommation des jeunes adultes, c'est-à-dire les personnes âgées de 18 à 29 ans, atteint des proportions dangereuses. Qu'il s'agisse des étudiants au niveau universitaire ou des militaires, des bûcherons ou du secteur de la mise en oeuvre des ressources, on trouve des taux très élevés de consommation d'alcool. On considère, en général, que cette consommation est liée à telle ou telle profession, mais je crois que l'âge et le sexe constituent des facteurs plus importants, ainsi que le fait de vivre loin de chez-soi. Mais je crois aussi que la consommation d'alcool baisse à mesure que les gens avancent en âge.

**Le président:** Monsieur Cunningham, vous nous avez parlé des projets pilotes que vous avez lancés en conjonction avec Santé et Bien-être national à Ottawa, en vue d'intégrer la promotion de la santé et l'assistance aux employés. Y a-t-il pour vous d'autres sujets d'intérêt que notre Comité pourrait promouvoir, notamment sous l'angle de votre coopération avec Santé et Bien-être Canada?

**Mr. Cunningham:** I think this one is an excellent example. It developed between staff at the Addiction Research Foundation and staff at National Health and

**M. Cunningham:** Je pense que l'exemple est bien choisi. Dans un premier temps, le personnel de la Fondation de recherche sur la toxicomanie et celui de

*[Texte]*

Welfare discovering that they had some common interests and ground, and proposing to their respective managements that a joint project be entered into. That is probably the better way to go, rather than have something laid on top saying do this or do that, because it emerges in the area of the greatest interest.

Perhaps this committee could just endorse the principle and support the concept that Health and Welfare Canada work with the provincial bodies, where possible, to get a synergistic effect with our skills and their skills, rather than each of us going off on our own, because we could not attempt this pilot project on our own. We have the scientists and the field staff to do it, but we do not have the other resources. They could not attempt it on their own because they have no field staff to conduct the program, so it is a natural marriage in this area. It seems to me that the types of resources that the two levels of government have do fit together nicely this way.

At this point, I do not see how in the work site area it could be done in any other way than to encourage the co-operative development and proposals from staff.

**The Chairman:** In the area of employee assistance programs in the shops and the plants in situations with employees who require institutional care of some sort, to what extent do you find that American-based companies that have their shops here in this country take their employees or patients back to the States for help—or do they always use Canadian facilities?

**Mr. Cunningham:** Certain organizations seem to favour certain treatment programs. My own experience to date has not been that it is necessarily American or Canadian characteristics; it seems to relate to old boy networks and ties and contacts that people have with certain treatment programs to which they become attached. It is also tied in with the two different types of treatment, the sort of clinical-medical models and these self-help groups, or AA type of treatment programs. In a given company, the people who make their referrals may favour one or the other; therefore, they look for that type of treatment program.

Now, the other factor that enters into it, I think, is that the American treatment programs are very entrepreneurial. They are very active in promoting their services. It appears as though in certain parts of Ontario they have been very successful in drawing large numbers of referrals. I am aware that the Ottawa eastern Ontario area uses services in the New England States, and the western Ontario-Niagara area is drawn to services in the Buffalo area. I am not aware that it is American companies as such that are the criterion; it appears to be the active solicitation by the treatment services, together with old-boy network ties that seem to regulate that.

**The Chairman:** Do any of our research staff have questions?

*[Traduction]*

Santé et Bien-être Canada se sont découverts des intérêts et des domaines d'activités communs: ils ont donc proposé à leurs responsables respectifs le lancement d'un projet conjoint. C'est sans doute la meilleure façon de procéder, plutôt que de se faire imposer telle ou telle orientation par le sommet de la hiérarchie, tandis que là, c'est vraiment l'intérêt concret qui parle.

Si votre Comité pouvait entériner et appuyer le principe d'une collaboration entre Santé et Bien-être Canada et les organismes provinciaux afin de faire converger leurs efforts pour nous venir en aide, cela éviterait une dispersion des énergies. Quant à nous, nous n'avons pas les moyens d'entreprendre ce projet-pilote par nous-mêmes, même si nous avons les scientifiques et le personnel nécessaire, parce qu'il nous manque les autres éléments. Quant à eux, il leur manque le personnel capable d'appliquer le programme sur le terrain: vous voyez donc que nous nous complétons tout naturellement. Il me semble que les deux paliers du gouvernement pourraient ainsi mettre en commun et harmoniser leurs ressources.

Pour ce qui est de l'intervention en milieu de travail, je crois que la seule façon de procéder consiste à encourager les propositions émanant du personnel ainsi que l'élaboration conjointe des programmes.

**Le président:** Lorsqu'un employé nécessite une prise en charge à l'extérieur de l'entreprise, en vertu des programmes d'assistance dont vous parlez, est-ce que les filiales de sociétés américaines ont tendance à envoyer leurs employés se faire soigner aux États-Unis, ou est-ce que la prise en charge se fait toujours au Canada?

**M. Cunningham:** Certains établissements semblent avoir des préférences. Pour moi, la ligne de partage ne se situe pas entre le Canada et les États-Unis, mais plutôt aux relations et aux contacts, parfois anciens, des responsables avec certains traitements. Cela dépend également de l'option quant aux types de traitement, parce qu'il y a d'une part le type de traitement médical ou clinique, si vous préférez, et, d'autre part, les groupes d'auto-assistance ou les associations du genre Alcooliques anonymes. Cela dépendra donc de la préférence du responsable, au sein de l'entreprise.

J'ajouterais que les programmes américains de traitement font l'objet d'une promotion extrêmement dynamique. Et ils semblent avoir drainé une bonne partie de la clientèle ontarienne. Je sais, par exemple, que la région d'Ottawa et de l'est de l'Ontario fait souvent appel à des services situés dans les États de Nouvelle Angleterre et que, pour la région de l'ouest ontarien et de Niagara, on s'adresse souvent à des entreprises de la région de Buffalo. Je ne crois pas que le choix soit influencé par le fait qu'une entreprise est américaine, par exemple; disons que les responsables ont plutôt tendance à choisir des gens qui font partie de leur réseau de relations.

**Le président:** Est-ce que les chargés de recherche du Comité ont des questions à poser?



[Text]

**Mr. Rosenbaum:** Yes. One of the issues that was not covered in your report on employer-related drug screenings was that of the field testing of screening programs. When I looked at the literature, I only found two studies that actually looked at the efficiency of such programs. Both of them were negative reports. The latest was one done by the Centre for Disease Control in Atlanta, which reported fairly horrendous results in terms of both false positives and false negatives. Do you have a comment to make about those findings?

**Mr. Cunningham:** I believe that particular study was published in 1985, but the data collection ended in 1979 or 1980, so it really referred to actual studies that were done in the 1970s. There were 12 or 13 laboratories involved. A lot of them were methanol maintenance labs that were testing for certain levels only because they were used clinically in their program. So there are a number of explanations why those particular labs did poorly on the results, because the testing required them to pick up different levels of the drug than they would normally be looking for in their own programming.

• 1350

Generally speaking, employment-related testing is much closer to forensic testing in that the employer has to be prepared at any point to go into court with their findings and justify their results. So this legal liability feature seems to act as some deterrent against the use of methodology that would not be very exact. As near as we know, the more recent labs that are doing the testing for work sites are following more the forensic procedures. But there is no thorough study of that. Anybody can set up a fly-by-night laboratory. That is why I said there is no regulation or licensing clear pattern. Therefore, it would seem to be an area for both federal and provincial concern around establishing these methodologies so that at least they would be accurate.

**Mr. Rosenbaum:** I would like to ask a couple of questions relating to that. The more accurate methods, however, have markedly higher costs, \$35 per employee as compared with perhaps a \$3 or \$4 cost per employee. This may be especially crucial when we are looking not at screening of employees, but screening as part of a recruitment process. Is there equal legal liability for employers, or prospective employers, if they use a less expensive and less effective test as part of a recruitment process?

**Mr. Cunningham:** Our understanding is that the applicant for a job has fewer bases for challenging the results than an existing employee would have, because they may not even be told why they did not get the job. They would have to presume that it was related to their test. So I think employers have often introduced screening

[Translation]

**M. Rosenbaum:** Oui. Dans les développements de votre rapport consacré au dépistage de la toxicomanie chez les employés, vous ne parlez pas des tests sur le terrain destinés à valider ce genre de dépistage. J'ai parcouru la littérature spécialisée mais je n'ai réussi à trouver que deux études dont l'objet était de déterminer l'efficacité de ces programmes. Toutes deux font état de résultats négatifs. La plus récente a été conduite par le *Centre for Disease Control* d'Atlanta et la proportion de résultats erronés, qu'il s'agisse de tests positifs ou de tests négatifs, a de quoi faire dresser les cheveux sur la tête. Avez-vous des commentaires sur ce point?

**M. Cunningham:** Je crois que cette étude a été publiée en 1985, mais que l'on a cessé la collecte des données en 1979 ou 1980; il s'agit donc d'une étude remontant aux années 1970, à laquelle ont participé 12 ou 13 laboratoires dont une bonne partie étaient spécialisés dans les cures d'entretien à la méthadone, et qui s'intéressaient seulement aux vérifications portant sur certains niveaux, utilisées cliniquement dans leur programme. Il y a des raisons qui expliquent pourquoi ces laboratoires ont donné de maigres résultats; on leur demandait notamment d'analyser des quantités de drogues différentes de ce qu'ils avaient normalement l'habitude de faire selon leur programme.

De façon générale, les analyses liées à l'emploi se rapprochent davantage des analyses légales en ce que l'employeur doit être prêt à n'importe quel moment à passer devant les tribunaux avec ses résultats et être en mesure de les justifier. Cette responsabilité légale doit donc servir de mesure dissuasive contre l'emploi de méthodes qui ne seraient pas d'une grande exactitude. Autant que nous sachions, les laboratoires les plus modernes qui font ces analyses au travail suivent la procédure légale. Mais aucune étude complète n'a été faite à ce sujet. N'importe qui peut créer un laboratoire peu fiable. C'est pourquoi j'ai dit qu'il n'existait pas de schéma clair de réglementation ou d'octroi de permis. Il me semble donc que les gouvernements fédéral et provinciaux devraient se soucier de mettre au point des méthodes qui soient exactes, pour le moins.

**M. Rosenbaum:** J'aimerais poser quelques questions à ce sujet. Les méthodes plus exactes coûtent cependant beaucoup plus cher, 35\$ par employé par rapport à 3\$ ou 4\$ par employé. Ce fait n'est pas négligeable si l'on envisage non pas un dépistage chez les employés mais un dépistage faisant partie du processus de recrutement. Les employeurs ou les employeurs éventuels qui utilisent des méthodes d'analyse moins cher et moins efficaces dans le cadre de leurs opérations de recrutement ont-ils cette même responsabilité légale?

**M. Cunningham:** Il me semble qu'un postulant à un emploi a moins de raison de contester les résultats qu'un employé en place parce qu'il se peut qu'on ne leur dise même pas les raisons du rejet de leur candidature. Ils ne pourraient que supposer que ce rejet est lié aux analyses. Je pense donc que les employeurs ont souvent fait appel



[Texte]

at the pre-employment level, partly because it is legally safe for them to do it that way.

Even if it is a union workplace, the union contract does not apply at the pre-employment level. The Human Rights Commission, both Canada and Ontario, have put forward statements of principle and philosophy around how pre-employment medical screening should be conducted, but I do not believe they carry any legal sanction.

The only legal sanction has to do with discriminating against the handicapped. This is a fairly narrow legal criteria. It would only apply to someone who could claim that they were a drug-dependent person who was in treatment and in the process of helping themselves. If they were denied a job because they came out positive, then they could complain that they were being discriminated against. That is a very narrow, very small group that might be affected. So yes, I agree the applicants for jobs are vulnerable. There does not appear to be a lot of protection for them against the improper use of these screens.

There would be some temptation for an employer to use a cheaper version. I think most bona fide employers would find that the threat of legal action is likely more costly and it is worth the \$35 to protect themselves. But if legal action is not very likely, then that is a strong possibility.

**The Chairman:** Any further questions from the committee? If not, may I thank you on behalf of the committee, Mr. Cunningham, for your most interesting presentation? You have engendered some discussion and we find that very helpful. Thank you very much.

**Mr. Cunningham:** Thank you.

**The Chairman:** Perhaps we can call upon Dr. Donald Meeks to join us at the table. Dr. Meeks, I think you have a presentation. You have provided us with some material in advance. We will give you the floor, and we will have questions subsequently.

**Dr. Donald Meeks (Director, School for Addiction Studies):** Thank you very much, Mr. Chairman. I would also like to thank you and the committee for this opportunity to underline the importance of professional instruction and training of personnel who are needed to carry out various functions in the addictions field. I think there has been increased attention to this important element in various countries and I think it is essential to consider it within the context of the national drug strategy.

• 1355

This afternoon I would like to focus on some of the work of the Addiction Research Foundation in its programming in Canada, in the professional instruction training area, and also touch on technical consultation

[Traduction]

au dépistage au moment de l'embauche en partie parce qu'ils ne prennent guère de risques sur le plan légal en le faisant.

Même si les employés de l'endroit sont syndiqués, la convention collective ne s'applique pas avant l'embauche. Les Commissions des droits de la personne du Canada et de l'Ontario comportent des déclarations de principes et une certaine éthique sur la façon de procéder au dépistage médical avant l'embauche, mais je ne crois pas qu'elles prévoient de sanctions légales.

La seule sanction légale pourrait être lorsqu'il y a discrimination envers un handicapé. Ce critère légal est plutôt restreint. Il ne s'appliquerait que pour une personne qui prétendrait être un toxicomane en cours de désintoxication et qui tenterait de s'en sortir. Si on leur refusait un emploi parce que le résultat était positif, ils pourraient alors prétendre avoir fait l'objet de discrimination. Cette mesure ne s'applique donc qu'à un nombre très restreint de cas. Je dois donc admettre que les demandeurs d'emplois sont très vulnérables. Il ne semble guère protéger contre le mésusage du dépistage.

Un employeur pourra donc se laisser tenter par une méthode moins onéreuse. Je pense que les employeurs sérieux jugeraient les risques d'un procès plus coûteux et prendraient la peine de se protéger en optant pour la solution à 35\$. Mais s'il est peu vraisemblable qu'on leur intente un procès, alors je crois que cela serait tout à fait possible.

**Le président:** Les membres du Comité ont-ils d'autres questions à poser? Si ce n'est pas le cas, je me permets de vous remercier, monsieur Cunningham, au nom du Comité pour votre exposé très intéressant. La discussion que vous avez provoquée nous a été très utile. Merci infiniment.

**M. Cunningham:** Merci.

**Le président:** Peut-être pourrions-nous maintenant demander au D<sup>r</sup> Donald Meeks de venir nous rejoindre à la table. D<sup>r</sup> Meeks, je crois que vous avez un exposé à faire. Vous nous avez fait parvenir à l'avance certains documents. Nous allons vous donner la parole et nous vous poserons ensuite des questions.

**Dr Donald Meeks (directeur, School for Addiction Studies):** Merci beaucoup, monsieur le président. J'aimerais également vous remercier ainsi que le Comité de me donner l'occasion de montrer l'importance de la formation et de l'éducation professionnelles du personnel qui doit remplir diverses fonctions dans le domaine de la toxicomanie. Je crois que de nombreux pays consacrent de plus en plus d'efforts à cet élément important et il me semble essentiel de l'envisager dans le contexte de la stratégie nationale anti-drogues.

J'aimerais insister aujourd'hui sur les travaux de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie relatifs aux programmes mis en oeuvre au Canada, à la formation des professionnels et vous parler également des consultations

[Text]

that we have provided to develop national and international training programs elsewhere.

Alcohol and other drug education may encompass a wide variety of activities aimed at defusing knowledge, attitudes, and skills. At one end of the spectrum are public education and information programs, which may be aimed at relatively small groups or toward mass, undifferentiated audiences to assist in attaining public awareness, health promotion, and prevention objectives. And Mr. Schankula will be addressing some of those issues a bit later.

The focus of this particular representation is on training. Training is another subset of education which is aimed particularly at skill acquisition or building upon existing skills; that is to say, skill development to train counsellors who might be dealing with individuals, with families, or with groups.

We try to take a fairly disciplined approach to the planning and development of our training programs, and I would like to attempt to bring that to life for you in the remarks I will make subsequently. Using state of the art theory in adult education, and using the principles of adult education, we begin, through various mechanisms, to conduct needs assessments and, as clearly as possible, to define our target populations. We then set precise time-limited, measurable, teaching-learning objectives, and, based on that, tailor education formats to the teaching objectives, and those teaching objectives may aim at changing states of knowledge, attitudes, or skills. We then carefully evaluate each program in relation to its objectives.

In the field of addictions, training is needed for a wide variety of professionals and other individuals who are performing functions in the alcohol-drug field, or who are being groomed to provide such functions. Their work may relate to policy; it may relate to research. They may be gate-keepers, helping professionals, policy-makers, scientists, law-enforcement personnel, educators, physicians, and many others.

All target groups, and I think this underpins a remark made by Dr. Marshman this morning, require a common baseline of general, comprehensive knowledge in such areas as pharmacological factors or socio-cultural factors, knowledge about drug effects, causes of drug problems, and interventions developed to prevent or ameliorate these problems.

Individuals in particular professions in functional areas also require instruction that is specifically related to their job functions. Therefore, our addictions training curriculum is organized into three basic components: basic knowledge or general comprehensive knowledge, specialized knowledge, and specialized skills training;

[Translation]

techniques que nous avons fournies pour mettre au point des programmes de formation nationaux et internationaux, ailleurs dans le monde.

Pour sensibiliser au problème de l'alcool et de la drogue, on peut faire appel à un grand nombre d'activités ayant pour objectif de désamorcer les connaissances, les attitudes et les compétences. À l'une des extrémités de l'éventail, se trouvent les programmes d'information et d'éducation du public qui peuvent s'adresser à des groupes relativement restreints ou à un public général non-différencié afin de sensibiliser, d'encourager des attitudes sanitaires saines et de prévenir. M. Schankula vous reparlera plus tard de quelques-unes de ces questions.

Mon exposé d'aujourd'hui s'attache plus particulièrement à la formation. La formation constitue un sous-ensemble de l'enseignement qui a plus spécialement pour objectif de permettre l'acquisition de compétences ou de perfectionner des compétences existantes; c'est-à-dire que nous voulons permettre aux conseillers qui vont avoir à s'occuper de particuliers, de familles ou de groupes d'acquérir certaines aptitudes par cette formation.

Nous essayons de respecter une certaine discipline dans la mise au point de nos programmes de formation et j'aimerais vous le montrer dans les remarques qui vont suivre. En nous servant des théories récentes et des principes d'éducation des adultes, nous commençons, grâce à divers mécanismes, par évaluer les besoins puis par définir les publics-cibles le plus clairement possible. Nous fixons ensuite des objectifs d'enseignement et d'apprentissage limités dans le temps et mesurables afin de pouvoir adapter nos méthodes d'enseignement à ces objectifs. Entre autres objectifs d'enseignement, nous pouvons vouloir changer les connaissances, les attitudes ou les compétences. Nous évaluons ensuite très soigneusement chaque programme par rapport à ces objectifs.

En matière de toxicomanie, il est nécessaire de former un grand nombre de professionnels et autres qui remplissent des fonctions liées à ce secteur ou qui sont en formation pour pouvoir assumer ces rôles. Leur travail peut être lié à la politique générale ou à la recherche. Il peut s'agir de portiers, d'aides professionnelles, de décideurs, de scientifiques, de policiers, d'éducateurs, de médecins, et j'en passe.

Tous les groupes-cibles, et je crois que cela confirme une remarque faite par le D<sup>r</sup> Marsham ce matin, ont besoin d'une base commune de connaissances générales dans les domaines des facteurs pharmacologiques ou socio-culturels, des connaissances de l'effet des drogues, des causes de la toxicomanie et des interventions prévues pour tenter de prévenir ou de résoudre ces problèmes.

Dans certaines professions fonctionnelles données, on a aussi besoin d'un enseignement qui soit tout spécialement lié aux fonctions demandées. En conséquence, notre programme de formation en toxicomanie se compose de trois éléments essentiels: les connaissances de base ou connaissances générales, les connaissances spécialisées et le



## [Texte]

these elements taken together will hopefully produce competence.

## [Traduction]

perfectionnement professionnel spécialisé; mis ensemble, ces éléments devraient permettre d'obtenir un personnel compétent.

• 1400

The foundation makes a contribution to training not only in Ontario but in other parts of Canada and the world. The foundation, as you know, has been a collaborating centre for research and training of the World Health Organization since 1977, and has provided technical consultation in the development of national and international training programs for the training of professionals, other workers, and students in various countries.

This particular slide was of course developed within the national training system that we assisted the royal Thailand government in developing in Thailand. Other programs that we have assisted in the development of are located in east and west Africa and in the Caribbean region.

International programming obviously represents a very small proportion of our work. Our focus is on Ontario and Canada. The international programming activities of the foundation are supported by the United Nations' Fund for Drug Abuse Control, the World Health Organization, the Canadian International Development Agency, and a variety of other international funding bodies that represent the source of financing.

I would like to refer you to the information kit. In that kit you will find three tables on light blue paper, which provide a brief summary of one dimension of the foundation's training activities, notably student training. At your leisure you might like to peruse those tables to get some picture of the student placements in the foundation. Last year there were 135 students in medicine, and in six other teaching disciplines placed with the foundation for training, primarily in the foundation's clinical institute. That is one dimension of student training. In addition, foundation staff, many of whom hold cross-appointments in universities in the province up to the rank of full professor, taught 78 addictions-related courses in 15 universities and colleges throughout the province of Ontario.

Also in your kits is—this is on brown paper—a bar graph showing that the foundation, through its School for Addiction Studies, provided over 70 face-to-face courses in conjunction with other foundation divisions, reaching almost 4,000 professionals. This was during the past year. And these courses were delivered in Ontario and through our extension programs in local communities throughout the province.

I would also like to refer you to the dark blue calendar of events of the School for Addiction Studies for 1986-87, and specifically to pages 8 and 9 of the calendar. I think if

La fondation s'occupe de formation non seulement en Ontario, mais également dans d'autres régions du Canada et du monde. Comme vous le savez, la fondation collabore aux travaux de recherche et de formation de l'Organisation mondiale de la santé depuis 1977 et fournit des consultations techniques pour la mise au point de programmes de formation nationaux et internationaux destinés à la formation de professionnels, d'autres travailleurs et étudiants dans divers pays.

Nous avons notamment aidé le gouvernement royal de Thaïlande à mettre au point un système de formation nationale. Nous avons participé à des entreprises semblables en Afrique orientale et occidentale et dans les Antilles.

Les programmes internationaux représentent cependant une très faible partie de notre travail. Nous consacrons l'essentiel de nos activités à l'Ontario et au Canada. Les travaux liés aux programmes internationaux de la fondation sont subventionnés par le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues, par l'Organisation mondiale de la santé, par l'Agence canadienne de développement internationale et par un certain nombre d'autres agences de financement internationales.

J'aimerais vous renvoyer maintenant au dossier d'information. Vous y trouverez une feuille bleu clair sur laquelle figurent trois tableaux qui vous résumeront l'un des aspects de formation de la fondation, à savoir la formation des étudiants. Vous voudrez sans doute regarder ces tableaux plus à loisir pour avoir une idée des stages-étudiants à la fondation. L'année dernière, 135 étudiants en médecine et dans six autres disciplines d'enseignement ont fait des stages de formation dans l'institut clinique de la fondation notamment. Voilà un aspect de la formation étudiante. De plus, les employés de la fondation, qui ont pour la plupart un autre emploi dans les universités de la province et qui sont, pour certains, professeurs-titulaires d'une chaire, ont donné 78 cours liés à la toxicomanie dans 15 universités et collèges de la province de l'Ontario.

Vous trouverez aussi dans votre dossier, sur une feuille brune cette fois, un graphique à barres indiquant que la fondation, à l'instar de la *School for Addiction Studies*, plus de 70 cours particuliers en collaboration avec d'autres divisions de la fondation; 4,000 professionnels ont ainsi été touchés l'année dernière. Ces cours ont bien sûr été donnés en Ontario et également dans diverses localités de la province dans le cadre de nos cours de formation populaires.

J'aimerais aussi que vous vous reportiez au calendrier des activités de la *School for Addiction Studies* pour 1986-1987 qui est en bleu foncé et plus particulièrement



## [Text]

you take just a second to look at that you will find a listing on page 8 of the centralized, face-to-face courses offered by the school during this present academic year. These encompass fundamental concepts, or general comprehensive, general knowledge courses; other areas such as pharmacology and drug abuse; counselling skills; research methodologies; employee assistance programming; nursing management of addictions; alcohol, other drugs and the law; alcohol, drugs and the school system; and a number of other programs that cut across the areas of health promotion, prevention, research, and community development.

• 1405

To increase coverage the school has over the past several years developed distant education programs. I think the distant education programs will be of particular interest to you, because these are programs designed to reach people who are, for a variety of reasons, not able to attend a centralized location. It might be the inability to attend courses because of being short-staffed in an agency. It might be a preference for pursuing independent study. It might be because the participants are located in remote sites where they do not really have ready access to face-to-face training programs.

The first of these is a radio course conducted over the past two years in collaboration with Open College, aired over CJRT FM. This course, by Bureau of Broadcast Measurement Surveys, reached an average of 18,000 listeners per week for its 20 sessions.

The second distant education program I will mention is our teleconference program series. Most of these programs are done in conjunction with Telemedicine Ontario. They are done on various addictions-related subjects. They were initially developed particularly to reach audiences in remote sites, particularly in northern Ontario.

The third distant education program I will mention as an example is a multi-media course on pharmacology and drug abuse. We ran this course over several years in a face-to-face version, and then adapted it to a distance format. It is a course that permits, again, independent study at home, assisted by reference notes, tutors available for consultation, which may be by mail or may be by telephone. It also has audio tapes and teleconferencing as part of the multi-media format.

These programs—and this again perhaps piggybacks on something Dr. Marshman said earlier—have been developed with considerable front-loading; considerable cost. To maximize the use of this resource, they certainly could be, with additional cost, made available to persons anywhere in Canada. They are constructed in such a way

## [Translation]

aux pages 8 et 9. Si vous voulez prendre la peine de le consulter, vous trouverez une liste, à la page 8, des cours centralisés et particuliers qui ont été offerts par l'école au cours de l'année universitaire actuelle. Ces cours portaient sur les notions de base, encore appelées connaissances générales, sur d'autres disciplines comme la pharmacologie et la toxicomanie, sur les aptitudes de *counselling*, sur les méthodes de recherches, sur les programmes d'aide aux employés, sur la gestion des soins infirmiers destinés aux toxicomanes, sur l'alcool, les autres drogues et la loi, sur l'alcool, les drogues et le système scolaire, et sur un certain nombre d'autres sujets concernant notamment les campagnes publicitaires relatives à la santé, la prévention, la recherche et le développement communautaire.

Pour toucher un plus vaste public, l'école a mis au point des cours d'enseignement à distance ces dernières années. Ces cours devraient vous intéresser plus particulièrement parce qu'ils sont destinés à un public qui, pour diverses raisons, ne peut pas se rendre à un endroit central. Cette incapacité peut être due au fait que ces personnes travaillent dans un organisme disposant d'un personnel insuffisant, qu'elles préfèrent poursuivre leurs études indépendamment, qu'elles se trouvent dans des endroits retirés d'où il leur est difficile d'avoir accès aux cours de formation particuliers.

Le premier de ces cours a été donné sur les ondes radiophoniques ces deux dernières années en collaboration avec le Collège Ouvert, et a été diffusé sur la modulation de fréquence par CJRT. Selon les sondages du Bureau of Broadcast Measurement, ce cours a été suivi par 18,000 auditeurs en moyenne par semaine durant les 20 émissions.

Le deuxième cours d'enseignement à distance dont je veux vous parler est la série d'émissions de téléconférence. La plupart de ces émissions ont été faites en collaboration avec Télémédecine Ontario. Elles portent sur divers sujets en rapport avec la toxicomanie. Elles avaient été prévues à l'origine pour le public vivant dans les endroits écartés du nord de l'Ontario essentiellement.

Le troisième cours d'enseignement à distance que je veux vous citer à titre d'exemple est un cours multimédia sur la pharmacologie et la toxicomanie. Ce programme a été enseigné pendant de nombreuses années sous forme de cours particuliers et nous l'avons ensuite adopté pour l'enseignement à distance. Ce cours permet une fois encore d'étudier seul à la maison avec l'aide de notes auxquelles on peut se référer et d'assistants que l'on peut consulter soit par correspondance, soit par téléphone. Il comporte également dans sa version multimédia des bandes magnétiques et des téléconférences.

Ces cours—et je reprends en cela quelque chose qu'a abordé le docteur Marshman un peu plus tôt—ont été mis au point moyennant un apport de capitaux considérable. Pour maximaliser l'utilisation de cette ressource, on pourrait certainement, en ajoutant quelques capitaux, le mettre à la disposition de tous les Canadiens. Il est conçu

[Texte]

that they would be as logical for presentation in remote areas of other provinces or territories as for airing within this province. So they represent a currently available training resource, and we would certainly endorse their use in other formats.

To summarize my prepared remarks, the foundation uses its pool of scientists and senior clinicians, community consultants, combined with authorities in curriculum design and electronic teaching located in the school, to provide a wide range of students and professionals with education and training to assist them in their efforts to impact on health promotion, treatment, policy development, and research related to the field of addictions.

• 1410

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Meeks.

The Chair will perhaps call on Mr. Grondin first, reminding our witnesses that his background is in education and teacher training, so he may well have some special interest in what we have just been hearing about. Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** It has all been clear enough, but I think it would be interesting to hear a little more about the needs of your specific field. On page 3, you said that last year there were 135 students in medicine and 6 other teaching disciplines. Could you tell me the specific fields or the disciplines that you need to work in your specific work?

**Dr. Meeks:** Mr. Grondin, I think it might be useful to refer you back to these tables. On table 2, there is a listing of the specific professions and disciplines from which students were placed in our organization last year: medicine, pharmacology, pharmacy, chemistry, psychiatry, occupational recreation, physiotherapy, social work, psychology, research techniques, library science, counselling. This, sir, would not be an exhaustive listing. One might include the clergy and corrections personnel, who also play very important roles, and a number of others. But that, I think, is a good sampling.

**Mr. Grondin:** I did not have time to see the paper, but it is really important. Thank you very much. Is there a role for the federal government in your specific field of training? Is there any specific place where we could intervene?

**Dr. Meeks:** I think, first of all, there certainly is a need to identify those centres within the province, within the foundations, commissions, and in the departments concerned with alcohol and drug issues that presently have developed a training capacity, and to make maximal use of what they have already developed. I think Dr.

[Traduction]

de telle manière qu'on puisse le présenter logiquement aussi bien dans les régions retirées des autres provinces ou des territoires que dans notre province. Il s'agit donc d'une ressource actuellement disponible et nous serions certainement prêts à faciliter son utilisation sous d'autres formes.

Pour résumer les remarques que je vous ai préparées, je dirai que la fondation utilise son équipe de scientifiques et de cliniciens chevronnés, de consultants communautaires en même temps que les spécialistes de l'établissement des programmes et de l'enseignement électronique de l'école, dans le but de former un large éventail d'étudiants et de professionnels et de les aider à influencer sur les habitudes de santé, à encourager la désintoxication, à aider à la mise au point d'une politique et à participer à la recherche liée aux diverses toxicomanies.

**Le président:** Merci beaucoup, docteur Meeks.

Peut-être vais-je demander tout d'abord à M. Grondin de prendre la parole. Je tiens à rappeler aux témoins qu'il a travaillé dans le secteur de l'éducation et de la formation des enseignants, aussi ce que nous venons d'entendre pourrait-il l'intéresser au premier chef. Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Tout ce qui a été dit est suffisamment explicite, mais je crois qu'il serait bon qu'on nous parle davantage des besoins du domaine en question. A la page 3, vous dites que l'année dernière, il y a eu 135 étudiants en médecine et 6 autres étudiants d'autres disciplines. Pourriez-vous me dire quels domaines ou quelles disciplines particuliers sont nécessaires pour travailler avec vous?

**Dr Meeks:** Monsieur Grondin, je crois qu'il pourrait être utile de vous reporter à ces tableaux à nouveau. Le deuxième comporte une liste des professions et des disciplines représentées par les étudiants qui ont suivi un stage dans notre organisation l'année dernière. Il s'agit de la médecine, de la pharmacologie, de la pharmacie, de la chimie, de la psychiatrie, des loisirs en milieu professionnel, de la physiothérapie, du travail social, de la psychologie, des techniques de recherche, de la bibliothéconomie, du counselling. Et la liste n'est pas exhaustive. On pourrait inclure le clergé et le personnel du Service correctionnel qui jouent également un rôle très important, ainsi que de nombreuses autres personnes. Mais je pense que vous avez là un bon échantillonnage.

**M. Grondin:** Je n'ai pas eu le temps de lire les documents, mais c'est vraiment important. Merci infiniment. Le gouvernement fédéral aurait-il un rôle à jouer dans votre domaine particulier de formation? Y a-t-il un secteur où nous pourrions intervenir?

**Dr Meeks:** Je crois qu'il faudrait tout d'abord que l'on repère tous les centres provinciaux, faisant partie de fondations, de commissions et de ministères, qui s'occupent des questions d'alcoolisme et de toxicomanie et qui ont une certaine capacité de formation, afin d'utiliser au maximum les techniques déjà mises au point. Je pense



[Text]

Marshman said this morning that we should build upon what already exists, rather than starting from ground zero. I think that is important.

I think also it is important to think about the issue of co-ordination, because among the various jurisdictions it might play a role. Certainly the federal jurisdiction, the provincial jurisdiction, and the territorial jurisdictions would play key roles in this. I think mechanisms to co-ordinate training activities to decide and establish priorities, to promote cost sharing, these kinds of things are very important to consider.

Having said that, I think it is important to say that interestingly enough there does presently exist a national training committee on alcohol and other drug problems, which is a subcommittee of the advisory committee on alcohol and drug problems. Previously this was called the Federal-Provincial Subcommittee on Alcohol and other Drug Problems. And that national planning committee on training for alcohol and other drug services subserves many of the kinds of functions that I have described. They do exist, they have produced programs, they have produced products. It is probably a prime example of federal-provincial collaboration. That committee—I was one of the original members—started in 1975 and continues to this day. So I think those are important dimensions.

I think it is extremely important to consider standards. I think packaged materials that provide source books, that provide bibliographies, that provide teaching formats so that one can have as much consistency as possible across jurisdictions and across programs are extremely important. So the face-to-face routes, it seems to me, are less appealing for a federal training thrust than the distance education formats, the production of training manuals and other kinds of packaged programs—multi-media, what have you—for these purposes.

• 1415

**Mr. Grondin:** Thank you very much.

**The Chairman:** Mr. White.

**Mr. White:** First of all, Dr. Meeks, does the School for Addiction Studies have a separate source of funding, or are you funded through the regular budget of the ARF?

**Dr. Meeks:** We are funded through the global budget of the foundation. We do have some modest income. That income is generated through registration fees which provide only a partial offset to expenditures. But the funding comes entirely through the province of Ontario at this point.

**Mr. White:** I see. I am quite pleased, then, to see that your program is available across the country. I am wondering if your distance education programs are being utilized to any great extent from centres, whether they be remote or whatever, outside of Ontario.

[Translation]

que le D<sup>r</sup> Marshman a dit ce matin que nous pourrions élaborer sur ce qui existe déjà au lieu de repartir à zéro. Je crois que cela est important.

Je crois qu'il ne faut pas non plus oublier la question de la coordination qui pourrait jouer un rôle entre les diverses sphères de compétence. Les services compétents fédéraux, provinciaux et territoriaux pourraient certainement jouer un rôle important à cet égard. Je crois qu'il est essentiel d'envisager des moyens de coordonner les activités de formation afin de décider des priorités, d'encourager le partage des coûts, etc.

Ceci dit, il me semble primordial de signaler qu'il existe à l'heure actuelle un comité national de formation sur les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues, lequel est un sous-comité du Comité consultatif sur les problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. Il s'appelait auparavant le Sous-comité fédéral-provincial des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues. Ce comité de planification nationale sur la formation pour les services destinés aux problèmes de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, favorise la plupart des fonctions que j'ai décrites. Ce genre de choses existent, des programmes ont été mis au point et des produits ont été élaborés. C'est sans doute un très bon exemple de collaboration fédérale-provinciale. Ce comité—j'ai été l'un de ses membres fondateurs—a été créé en 1975 et il existe encore actuellement. Je pense donc que ce sont là des faits importants.

Je crois qu'il est très bon d'avoir des normes, d'avoir des dossiers de documentation complets indiquant les ouvrages de référence, les bibliographies, la présentation des cours, car cela permet une certaine uniformité entre les diverses sphères de compétence et entre les divers programmes. Il me semble que les cours particuliers soient moins intéressants dans le cadre fédéral que les cours d'enseignement à distance, la production de manuels de formation et les autres dossiers complets de cours—multimédia ou autres—dans cette optique.

**M. Grondin:** Merci beaucoup.

**Le président:** Monsieur White.

**M. White:** Tout d'abord, docteur Meeks, la *School for Addiction Studies* a-t-elle une source distincte de financement ou le tire-t-elle du budget normal de la fondation?

**Dr Meeks:** Notre financement est prévu dans le budget général de la fondation. Nous avons un revenu modeste qui vient des droits d'inspection et qui ne contrebalance qu'en partie les dépenses. Mais le financement vient pour l'instant entièrement de la province de l'Ontario.

**M. White:** Je vois. Je suis très heureux de voir que votre programme est disponible dans tout le pays. Je me demande si vos cours d'enseignement à distance sont largement utilisés par les centres situés hors de l'Ontario, qu'ils soient retirés ou autres.



[Texte]

**Dr. Meeks:** For the record, I should probably say they are potentially available across the country. We certainly would endorse that kind of use with the proper support. Presently we have participants enrolling from virtually all provinces, from other countries as well, for teleconference programs we are beaming mainly at northern Ontario. We also have sites from Alberta tuning in from other western provinces. We have other people making use of our programs, but at present our focus is primarily on Ontario.

**Mr. White:** What would you see, Dr. Meeks, as being the most effective course the federal government could take, such as, for example, a multimedia course, speaking as a western Canadian where we are a long way from Toronto, to increase national accessibility, besides funding? I have been speaking today about the national co-ordination we could get from a national drug strategy. I am wondering if you would like to comment on that.

• 1420

**Dr. Meeks:** Yes. I think the first thing would be establishing priorities that recognize the critical nature of training and instruction for personnel in this field. So I think first of all the priority. . . I think that very often funding support does follow the kinds of priorities that have been established.

I think that in this foundation, in the School for Addiction Studies and certainly in other foundations or commissions in Canada, there presently exists materials that could, with minor modifications, be adapted for use in other locations. If we take, for example, the teleconferenced programs, the teleconference programs operate essentially over telephone lines, so they can reach anywhere the telephones go. When we go outside this continent we have some problems with time zones, but we have in fact had a resource person from Norway involved as a resource person teaching participants located in northern Ontario. Certainly that gives some notion of the flexibility.

In those programs, at each site there can be 15 to 20 participants and there can be a very large number of sites involved. The larger the number of sites, the more it would limit the actual interaction, and we like to think of this as an interactive teaching medium.

If we take the multi-media course on pharmacology and drug abuse, we have here an example of a course that is at this moment ready to go. We have conducted it this year, or are conducting it, I should say. As a pilot, we actually intended to recruit participants, but the demand was so high by word of mouth that we had to cut off the enrolment fairly early. But here again, we have reference notes which amount, really, to a text. We have tutors who are experts in the area of pharmacology who can deal with mailed queries, who can also deal with telephone consultation. We have teleconferenced components of that course. We have audio tapes specific to the subjects that are being covered in the course, and that course in its

[Traduction]

**Dr Meeks:** Je tiens à signaler qu'ils sont à la disposition de tout le pays. Nous serions certainement heureux qu'ils soient utilisés de cette façon, moyennant l'aide nécessaire. Actuellement, les participants qui s'inscrivent viennent pratiquement de toutes les provinces, et même de pays étrangers, mais, pour les programmes de téléconférence, nous nous adressons surtout au nord de l'Ontario. Il y a également des localités de l'Alberta qui prennent le relais sur d'autres provinces de l'Ouest. D'autres personnes se servent également de nos cours, mais pour l'instant, nous nous occupons surtout de l'Ontario.

**M. White:** Selon vous, docteur Meeks, quel serait le moyen le plus efficace pour le gouvernement fédéral? Un cours multimédia—je parle ici à titre de Canadien de l'Ouest qui habite très loin de Toronto—pour un accès national plus généralisé, en dehors du financement? J'ai parlé aujourd'hui de la coordination nationale que nous pourrions avoir en mettant au point une stratégie nationale pour les drogues. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Dr Meeks:** Oui. Je crois qu'il faudrait tout d'abord établir les priorités et comprendre l'intérêt crucial de la formation et de l'instruction du personnel de ce secteur. Je crois qu'ensuite le financement est dirigé en fonction des priorités établies.

Je crois que, dans cette fondation, dans cette *School for Addiction Studies* et aussi certainement dans d'autres fondations ou commissions canadiennes, il existe des documents qui pourraient, à quelques modifications près être utilisés ailleurs. Prenons par exemple les cours par téléconférence. Ils se font essentiellement par téléphone et on peut donc en bénéficier partout où il y a un téléphone. Lorsque nous voulons sortir du continent nord-américain, nous avons des problèmes de fuseaux horaires, mais nous avons déjà eu une personne ressource qui est intervenue de Norvège pour enseigner aux participants du nord de l'Ontario. On comprend ainsi la flexibilité de ce système.

Dans ces cours, il peut y avoir à chaque endroit 15 ou 20 participants et le nombre des endroits peut être très important. Plus il l'est, plus il limite les interactions et nous concevons un peu ce moyen comme un enseignement d'intervention.

Si nous prenons le cours multimédia de pharmacologie et de toxicomanie, nous avons-là un exemple de cours qui est prêt, nous l'avons donné cette année, ou plutôt nous sommes en train de le donner. Il s'agit d'un cours pilote pour lequel nous avions l'intention de recruter des participants, mais nous avons eu un nombre si élevé de demandes sans avoir fait de publicité qu'il nous a fallu arrêter assez rapidement de prendre des candidats. Dans ce cas également, il existe des notes de référence qui reviennent en fait à un texte. Nous avons des assistants qui sont des experts dans le domaine de la pharmacologie et qui s'occupent des demandes par correspondance. Ils répondent également aux demandes de consultation par

[Text]

present format could be utilized anywhere in Canada—indeed, in the world. I would qualify that perhaps. There are some culture-bound aspects to it, but certainly anywhere in Canada.

The clear issue is the kind of cost, taking language factors into consideration, taking the larger number of overall participants who might be involved, which would require on this end, and not so much from the standpoint of the developmental aspects, because most of that is done, but from the standpoint of providing the administration, the tutoring and the other support activities required to mount it.

**Mr. White:** Thank you very much.

**The Chairman:** Dr. Meeks, you made a passing reference to correctional services. I am wondering to what extent the federal correctional services use your facilities and the opportunities that you have to offer.

**Dr. Meeks:** I have a very specific breakdown on that, but unfortunately not in my possession at the moment. I can make that available to you, but certainly we have people from various federal systems who are taking courses with us. They include individuals from the correctional system, although I would not suggest that a large proportion come from the federal correctional system.

**The Chairman:** Could you give us any idea of how well trained you feel the members of our correctional services system are? Because of their need to handle so many inmates who have problems with drugs, in your opinion, how well trained are they at the various levels, whether it is at the custodial level or at the counselling level, or at the administrative level, or whatever, how well trained are they in these issues that you deal with?

• 1425

**Dr. Meeks:** My reading of several recent coroners' reports suggests to me that they could benefit from additional training, particularly in the recognition of signs and symptoms of drug dependence and ways of intervening with those problems, both early on and in an ongoing way, once they are detected. I think this area might be of some concern.

**The Chairman:** Do you see the personnel coming here to Toronto for intensive study, or would they go to the institutions? Would it be done by this telemedicine, teleconferencing format?

**Dr. Meeks:** Are you speaking of federal corrections?

**The Chairman:** Yes.

[Translation]

téléphone. Nous avons des éléments de téléconférence avec ce cours. Nous avons des bandes magnétiques sur les sujets particulièrement traités dans le cours qui pourraient donc, dans sa forme actuelle, être utilisées n'importe où au Canada—voire dans le monde. Je suis peut-être allé trop loin car il y aurait alors des problèmes culturels. Mais on pourrait certainement utiliser ce cours n'importe où au Canada.

Il reste des problèmes importants; les coûts, compte tenu du facteur linguistique, compte tenu du nombre plus important de participants dont on aurait besoin dans nos services; les problèmes ne viendraient pas tellement de la mise au point, car elle est en grande partie réalisée, mais plutôt de l'administration, de l'enseignement et des autres activités de soutien qui seraient nécessaires pour donner ce cours.

**M. White:** Merci beaucoup.

**Le président:** Docteur Meeks, vous avez mentionné très rapidement le service correctionnel. Je me demande dans quelle mesure le service correctionnel fédéral profite de vos établissements et des possibilités que vous pouvez offrir.

**Dr Meeks:** Je possède ces renseignements particuliers, mais malheureusement je ne les ai pas avec moi ici. Je pourrais vous les faire parvenir, mais je puis vous dire qu'il y a des personnes dans de nombreux services fédéraux qui prennent des cours chez nous. Il y a des employés du service correctionnel, mais je crois pouvoir dire qu'il ne s'agit pas de la majorité.

**Le président:** Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de la formation de nos membres du service correctionnel? Étant donné qu'ils doivent s'occuper de nombreux détenus qui ont des problèmes de toxicomanie, que pensez-vous de leur formation à différents égards, qu'il s'agisse de leur fonction de gardien, de conseiller, d'administrateur ou autre? Que pensez-vous de leur formation dans les disciplines dont vous vous occupez?

**Dr Meeks:** En lisant les récents rapports judiciaires, il me semble qu'ils pourraient recevoir une formation supplémentaire, surtout pour ce qui est de reconnaître les signes et les symptômes de la toxicomanie et les moyens d'intervenir en l'occurrence, aussi bien au début du processus que de façon permanente, lorsque la dépendance est détectée. Je crois que l'on pourrait se préoccuper de cela.

**Le président:** Conseilleriez-vous qu'on envoie le personnel ici à Toronto pour des cours intensifs ou bien ces cours pourraient-ils être donnés dans les établissements? Cela pourrait-il être fait dans le cadre de télémedecine, en téléconférence?

**Dr Meeks:** Voulez-vous parler du service correctionnel fédéral?

**Le président:** Oui.



[Texte]

**Dr. Meeks:** I think the way to answer that is to describe how we conceive our programming. The first thing we do is try to systematically determine what the actual learning needs of the potential training recipients are. Then we have to look at the objectives of the program, decide on the specific target populations and look at the most appropriate formats for delivering the program.

In the last three years in Ontario, we have moved from a relatively compact centralized program operation in Toronto to one that now includes extension programs and we have increased coverage and catchment by taking face-to-face programs to virtually all parts of this province. We recognize that people in remote areas still might not be able to access some of the programs we conduct. We have nursing and social service personnel in some remote areas who really operate one-man shops, and it is impossible for them to be away for two or three days or whatever the timeframe might be. Therefore, distance education programs offer a way of accessing individuals who would find it difficult to reach programs.

In answer to your question, there would be some prior steps in determining the format, but all of those options are possible. We might decide that the best way would be to develop some self-contained print educational formats with built-in tests, to use multi-media formats, or to become further involved with some of the training and development programs most of the correctional systems tend to conduct themselves. There is a range of possibilities.

**The Chairman:** Have you or any of your close colleagues ever been invited into the federal correctional services systems, into the prisons themselves, to do a study of what might be needed?

**Dr. Meeks:** No, not from a training standpoint.

**The Chairman:** In table 2, you indicate that 135 people in one year received some training, and 31 were in medicine here at the clinical institute. Are those 31 at the resident level or student level? How are they identified. Thirty-one is a small number in terms of the total number of students who go through in a year.

**Dr. Meeks:** Yes. These are residents. It is a rotating residency program, primarily in internal medicine.

**The Chairman:** Does family medicine get into it?

**Dr. Meeks:** Yes, it can. Now, that is only one dimension of what we try to do by way of educating physicians. We have a course, for example, that was developed in the University of Toronto for third-year medical students which all students passing through must take. At this point in time, a medical education advisory committee is trying to look at ways in which we can impact the health science centres in Ontario. In addition, physicians can enrol in courses at the School for Addiction Studies.

[Traduction]

**Dr Meeks:** Je crois que, pour répondre à votre question, il faut décrire la façon dont nous concevons nos cours. Tout d'abord, nous essayons d'établir de façon systématique quels sont les besoins d'apprentissage véritables des éventuels stagiaires. Nous prenons en considération les objectifs du cours, le public cible et nous cherchons ensuite à voir quelle sera la méthode d'enseignement la plus appropriée.

Ces trois dernières années, en Ontario, notre enseignement, qui a consisté en cours relativement centralisés à Toronto, s'est davantage tourné vers l'extérieur et nous avons pu joindre un plus large public en faisant des cours particuliers dans pratiquement toutes les régions de la province. Nous admettons que toutes les personnes des endroits retirés n'ont peut-être pas encore la possibilité de profiter de nos cours. Nous avons dans les régions écartées des employés qui assurent les soins infirmiers et les services sociaux et qui sont seuls à un endroit; il leur est donc impossible de s'absenter plus de deux ou trois jours. Les cours d'enseignement à distance constituent donc une possibilité pour ces personnes qui ne pourraient pas venir suivre ces cours.

Pour répondre à votre question, il y a certaines étapes à franchir pour décider de la forme du cours, mais toutes les options sont possibles. Il se pourrait que nous estimions que le meilleur moyen soit de mettre au point un cours imprimé contenant des tests, de faire appel aux cours multimédias ou de participer davantage aux cours de formation et de perfectionnement que la plupart des employés du service correctionnel donnent eux-mêmes. Il y a donc toute une série de possibilités.

**Le président:** Vous a-t-on, vous ou vos proches collaborateurs, invité à venir voir le système fédéral du service correctionnel dans les prisons afin de faire une étude des besoins?

**Dr Meeks:** Non, pas pour la formation.

**Le président:** Au tableau 2, vous dites que 135 personnes ont reçu une formation en une année et que 31 d'entre elles étaient en médecine à l'Institut clinique. Ces 31 personnes étaient-elles des internes ou de simples étudiants? Comment le savoir? Trente et un est un nombre relativement faible par rapport au total des étudiants qui suivent cette formation en une année.

**Dr Meeks:** Oui. Ce sont des internes. Il s'agit d'un cours pour internes qui viennent là par roulement et qui sont en médecine interne essentiellement.

**Le président:** Y intègre-t-on la médecine familiale?

**Dr Meeks:** Oui, c'est possible. Mais ce n'est là qu'un aspect de ce que nous essayons de faire pour former les médecins. Nous avons par exemple un cours qui a été mis au point à l'Université de Toronto pour les étudiants en médecine de troisième année et qui est obligatoire pour tous. À l'heure actuelle, un comité consultatif de l'enseignement médical tente de voir comment il serait possible d'influer sur les centres ontariens de sciences médicales. De plus, les médecins peuvent s'inscrire à des



[Text]

Therefore, this represents only those people who were placed with the foundation in those programs.

[Translation]

cours à la *School for Addiction Studies*. Ce chiffre ne représente donc que ceux qui ont été mis en stage dans ces programmes de la fondation.

• 1430

**The Chairman:** Finally, it is a bit of a follow-up to Mr. White's last question, I think, on the role of the federal government in general. If they were to have significant funds available, are there other areas of special interest in which you feel they should become involved in funding that would be of help, and what might they be?

**Dr. Meeks:** First of all, I think one would have to look at the needs from a federal perspective. We have looked at them from an Ontario perspective, but I think from a federal perspective there might be some minor differences.

One would guess, because there are fairly consistent trends, that the major demand area would be for the training of counselling and treatment personnel. I think mounting the kinds of programs I have already mentioned for treatment personnel across the country within those various jurisdictions would itself be extremely ambitious and I think would require fairly substantial support.

But there are other areas. We have talked about prevention, we have talked about health promotion and employee assistance programming and what have you. There are bodies of knowledge underpinning those particular program areas. There are techniques that people could benefit from learning so in each of the major program areas, I think that training, depending again on priority, could be conducted.

Of the things that has not been much discussed, but certainly I know will be part of the Minister's concern in Vienna, is the area of international collaboration and particularly with developing countries. I think one can say without question that the foundation probably has the primary experience in this area and already has established links with the international bodies concerned. I think some mention might be made of that.

Insofar as Canada is concerned, I think the things I would emphasize would be financing a co-ordinating body that would also establish priorities, seeing to the development of the operation and monitoring of a national training system and then, within that framework, developing formats with emphasis on distance education formats and the kinds of things that would not require large numbers of people travelling great distances to access programs.

**The Chairman:** Our research staff has some questions. Mr. Rosenbaum.

**Mr. Rosenbaum:** Dr. Meeks, am I right in assuming that your work in other provinces involves making available to residents of those provinces the same constellation of educational services which are offered in Ontario? However, as I understand it, your work outside this country involves developing unique curriculum

**Le président:** Ce que je vais dire pour terminer fait suite à la dernière question de M. White sur le rôle du gouvernement fédéral, de façon générale. Si on devait disposer de fonds importants, y a-t-il d'autres secteurs d'intérêt particuliers où ce financement pourrait être utile? Quels seraient ces secteurs?

**Dr Meeks:** Tout d'abord, je pense qu'il faut considérer les besoins du point de fédéral. Nous avons étudié les besoins de l'Ontario, mais je pense que, du point de vue fédéral, il pourrait y avoir quelques petites différences.

Il me semble, vue que la tendance est assez générale, que là où les besoins sont le plus pressants, ce serait dans le secteur de la formation du personnel chargé du traitement et du counselling. Je crois que prévoir les cours que j'ai mentionnés pour le personnel chargé du traitement dans le pays tout entier, dans les différentes sphères de compétence, ce serait extrêmement ambitieux et nécessiterait une aide financière importante.

Mais il y a d'autres secteurs. Nous avons parlé de la prévention, nous avons parlé des campagnes publicitaires relatives à la santé, des programmes d'aide aux employés, etc. Il y a déjà d'autres spécialistes qui encouragent les cours dans ces secteurs. Il existe des techniques qui pourraient être utiles à de nombreuses personnes, si elles les apprenaient. Je crois donc que, dans les principaux secteurs visés par ces cours, une formation devrait être offerte, compte tenu des priorités.

Il y a une chose qu'on n'a guère abordée et qui va sans doute être traitée par le Ministre à Vienne: c'est la collaboration internationale, avec les pays en voie de développement plus particulièrement. On peut dire sans conteste que la fondation a sans doute une expérience de premier ordre dans ce secteur et qu'elle a déjà créé des liens avec les agences internationales concernées. Je crois qu'il fallait le mentionner.

En ce qui concerne le Canada, j'insisterais sans doute sur le financement d'une agence de coordination qui établirait les priorités, qui s'occuperait du fonctionnement et du contrôle d'un système national de formation et qui, dans ce contexte, choisirait des méthodes d'enseignement en insistant sur les cours à distance et sur les moyens permettant d'éviter à de nombreuses personnes de se déplacer très loin pour pouvoir profiter de ces cours.

**Le président:** Nos documentalistes ont quelques questions à poser. Monsieur Rosenbaum.

**M. Rosenbaum:** Docteur Meeks, ai-je raison de croire que votre travail dans les autres provinces consiste notamment à mettre à la disposition des résidents de ces régions le même éventail de services éducatifs que celui dont bénéficie les habitants de l'Ontario? Si j'ai bien compris, votre travail à l'étranger consiste à participer à la

[Texte]

material, educational formats, delivery systems and then handing them over for local delivery. Has there ever been any consideration of taking the model and offering that type of service to the other provinces?

**Dr. Meeks:** I think it is an excellent model and probably would be quite appropriate with some modifications here. To deal with your first comment, we have collaborative arrangements with various commissions and foundations so that we provide assistance through a training of trainers strategy to help them develop some of the kinds of programs we are offering here. For example, we have people who come for consultation, take the programs, go back. We have consultants from our school who then would attend their setting, help them in the planning and be there through the delivery of the course so that the things being utilized in other parts of the province. . . that is one mechanism.

We also have been able to have a fairly strong input into the development of, for example, a prevention training package that was done by the national planning committee under the auspices of the Department of Health and Welfare, which is available in English and French. We provided input to that. We provided the leadership; we operated under contract with Health and Welfare to produce an addiction counselling manual, which is available in English and will very soon be out in French. So there are a variety of ways in which those inputs might be made.

• 1435

Internationally, we have provided limited technical consultation to governments and agencies. In Thailand it was the Royal Thai Government Ministry of Public Health; in Nigeria, the Ministry of Health and the University of Benin; in Zambia, the University of Zambia, Lusaka. We provided technical consultation on a limited basis to get those programs started. In some cases people come here for additional training. One of the objectives is to help them towards self-sufficiency. The money for those programs comes from the United Nations Fund for Drug Abuse Control, CIDA, and the like.

**The Chairman:** I was going to ask you, Dr. Meeks, if you had relationships with CIDA on your international programs.

**Dr. Meeks:** We do.

**The Chairman:** Dr. Meeks, thank you for your very interesting and helpful testimony.

We will resume at 3 p.m.

[Traduction]

mise au point de programmes uniques, de cours et de méthodes d'enseignement qui seront remis aux responsables locaux pour être utilisés. N'a-t-on jamais pensé à prendre ce modèle et à offrir ce genre de service aux autres provinces?

**Dr Meeks:** Je crois que c'est un excellent modèle et qu'il serait tout à fait approprié, à quelques modifications près, pour notre pays. Pour en revenir à votre première question, nous avons des accords de collaboration avec diverses commissions et fondations, selon lesquels nous aidons, par une stratégie de formation, des responsables locaux à mettre eux-mêmes au point des cours du type de ceux que nous offrons ici. Par exemple, lorsque des gens viennent nous consulter, lorsqu'ils suivent des cours et s'en vont, nous avons des experts-conseils de l'école qui vont aller dans leur domaine d'intervention afin de les aider à planifier et qui resteront pendant que le cours est donné. Ainsi certaines méthodes sont utilisées dans d'autres parties de la province. C'est un mécanisme possible.

Nous avons aussi pu participer de façon assez importante à la mise au point d'un dossier de formation à la prévention qui a été réalisé par le comité national de planification sous les auspices du ministère de la Santé et du Bien-être social et qui est disponible en anglais et en français. Nous avons participé à cette réalisation. Nous avons pris la direction de cette opération; nous étions engagés par contrat par le ministère de la Santé et du Bien-être social pour fournir un manuel de counselling pour la toxicomanie, qui existe en anglais et qui sortira prochainement en français. Nous pouvons donc apporter nos connaissances de différentes manières.

Sur le plan international, nous avons fourni quelques consultations techniques à des gouvernements et à des organismes. En Thaïlande, nous avons travaillé pour le ministère de la Santé publique du gouvernement royal; au Nigéria, pour le ministère de la Santé et l'Université du Bénin; en Zambie, pour l'Université de Zambie à Lusaka. Nous avons fourni quelques consultations techniques pour permettre à ces programmes de démarrer. Dans certains cas, des responsables du pays viennent ici suivre une formation supplémentaire. L'un de nos objectifs est de les aider à se débrouiller tout seuls. Ces programmes sont financés par le Fonds des Nations Unies pour la lutte contre l'abus des drogues, par l'ACDI et autres.

**Le président:** J'allais vous demander, docteur Meeks, si vous aviez des liens avec l'ACDI pour vos programmes internationaux.

**Dr Meeks:** Nous en avons.

**Le président:** Docteur Meeks, merci pour votre témoignage très intéressant et très utile.

Nous reprendrons les travaux à 15 heures.



[Text]

[Translation]

• 1438

• 1500

**The Chairman:** The committee can come to order again. We are now about to hear from Mr. Don Smyth, a drug education consultant with the Ottawa Board of Education. We have been hearing some very interesting testimony from colleagues of yours interested in the drug problem. The committee is looking forward to hearing from you now.

**Mr. Donald Smyth (Drug Education Consultant, Ottawa Board of Education):** Fine.

Je veux d'abord vous indiquer que je suis impliqué dans un conseil scolaire qui dessert aussi une communauté francophone. Il me fera plaisir de communiquer avec vous en français si vous le désirez.

I regret that I do not have a full description of the Ottawa Board of Education alcohol and drug program. I would like to bring that in tomorrow, because I feel it is important. For me that has been a fulfilling opportunity. In the 1980s we have, thanks to the research efforts of research in various foundations, a lot of positive outcomes that are possible for the first time. We feel very strongly from the data we have in the Ottawa school system that our extensive curriculum, drugs decisions, directions, and drug direction orientation have produced long-term declines in drug use.

We have been following students in the original program. They are now going into their sixth year, and some of them are in the world of work or in university. That program has nine different parts. At the base, we have group programs for children of alcoholics at the elementary school level. The research and our own experience makes very clear that those children are at risk with regard to future drug or alcohol problems.

We have extensive courses that include the generation style of tobacco smoking prevention programs. They have had enormous success in reducing the incidence of cigarette smoking, sometimes by as much as 75% between grades 6 and 8. Research points to the fact that the onset of smoking prior to high school can be predictive of subsequent involvement with drugs during the adolescent years.

Our students benefit also at the grade 6 level from the Ontario Minister of Education's program developed in co-operation with the Solicitor General of Ontario. This program puts a lot of emphasis on friendship skills and the role of peer influence.

At grade 7, 8, and 9 we have a three-part multi-strategy drug and alcohol prevention program. It involves

**Le président:** Nous reprenons les travaux. Nous allons entendre M. Don Smyth, expert-conseil en matière de sensibilisation à la drogue auprès du Conseil scolaire d'Ottawa. Nous avons déjà eu des témoignages très intéressants de la part de vos collègues qui s'intéressent au problème de la drogue. Le Comité est donc heureux de pouvoir vous écouter maintenant.

**M. Donald Smyth (expert-conseil en matière de sensibilisation à la drogue, Conseil scolaire d'Ottawa):** Très bien.

First of all, I want to tell you that I work for a board of education which also deals with the francophone community. I will therefore be happy to communicate in French, if you so desire.

Je regrette de ne pas avoir de description complète du programme du Conseil scolaire d'Ottawa en matière d'alcool et de drogue. J'aimerais vous l'apporter demain car il me semble très important. Ce travail m'a beaucoup apporté. Dans les années 1980, nous avons, grâce aux efforts des chercheurs de diverses fondations, toutes sortes de possibilités qui s'offrent à nous pour la première fois. Nous sommes très heureux de constater, selon les données que nous avons pour le système scolaire d'Ottawa, que, grâce à notre vaste programme, à nos décisions en matière de drogue, à nos directives et à notre orientation face aux drogues, l'usage de la drogue a diminué depuis un certain temps.

Nous avons suivi les étudiants qui ont participé au premier programme. Il y a six ans et qui se trouvent maintenant dans le monde du travail ou à l'université. Ce programme comporte neuf parties différentes. Au départ, nous avons des cours de groupe pour les enfants d'alcooliques du cycle élémentaire. D'après les résultats de nos recherches et d'après notre propre expérience, il est évident que ces enfants courent de plus gros risques pour ce qui est des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie futurs.

Nous avons des cours importants, du genre des programmes de prévention contre l'usage du tabac. Ils ont eu énormément de succès et ont entraîné une diminution de l'usage du tabac qui peut aller jusqu'à 75 p. 100 entre les 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années. D'après les travaux de recherche, il s'avère que, lorsque l'on commence à fumer avant le secondaire, il y a de fortes chances qu'on se tourne vers la drogue pendant les années d'adolescence.

Nos élèves profitent également, en 6<sup>e</sup> année, du programme du ministère de l'Éducation de l'Ontario qui a été mis au point en collaboration avec le solliciteur général de l'Ontario. Ce programme insiste beaucoup sur la bonne camaraderie et sur l'influence des camarades de classe.

En 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années, il y a un programme de prévention de l'usage de la drogue et de l'alcool, en trois



## [Texte]

intensive training of classroom teachers. The teachers in the program have been identified as having the motivation, skills, and personality to do drug education. One of the most consistent comments we have had from students is that these teachers know how to talk about drugs.

Those strategies the research world has identified place a lot of emphasis on social influences, communications skills, assertion skills, abilities to identify and recognize peer influence, and friendship skills. Of course, they also include an emphasis on short-term rather than long-term risks of substance use. Again, one of the benefits is that we are in an area where we can speak effectively about those short-term consequences, when a decade ago we could not. As well, our program has put an emphasis on the role that alcohol and other drugs play in tension—what kids often perceive as courage, because alcohol, they always say, gives you courage—and on the stress roles, particularly for young women, which I think are increasingly important in the onset of drug-taking.

• 1505

We identified a weakness in our program at senior high school level in that the program failed to have much impact on the so-called social role of alcohol. It impacted street drug use significantly, but we are caught up in this growing phenomenon in the 1980s that while street drug use has declined, the role of drinking in the lives of the majority of teenagers has definitely increased. So we have introduced a peer talk program, which we have brought in from the United States strictly on the basis of the evaluations it has produced over five years in the State of Minnesota. That program is known as the control factor.

Nous avons également produit le programme en français et, en ce moment, je suis en train de l'offrir aux conseils scolaires du Québec.

That program is the basis for a large number of positive peer organizations that we are developing in our high school. We have not gone the route of introducing the Students Against Drinking and Driving Program, the SADD program, for many reasons: partly that it lacks a substantial curriculum base, and partly that in visiting some of its local units in Massachusetts in 1984, as well as in the Ottawa area, I have found it produces frequent criticisms from parents that it endorses teenage drinking. That is a bit of an exaggeration, but we do not feel we can talk about drinking and driving without dealing with the role of alcohol in teenage life.

## [Traduction]

parties, qui comporte plusieurs stratégies. Il prévoit une formation intensive des enseignants. On a estimé que les personnes chargées de ces cours étaient suffisamment motivées, compétentes et avaient une personnalité propre à leur permettre de sensibiliser les jeunes au problème de la drogue. L'une des remarques les plus fréquemment avancées par les étudiants est que ces enseignants savent parler des drogues.

Ces stratégies se fondant sur les résultats de la recherche donnent une grande importance aux influences sociales, aux aptitudes de communication, aux aptitudes d'affirmation de soi, à la capacité de voir et de reconnaître l'influence des camarades et à l'aptitude à se faire des amis. Ils insistent aussi, bien sûr, sur les risques à court terme de l'usage des drogues plutôt que sur ceux à long terme. Là encore, nous profitons du fait que nous pouvons parler efficacement des conséquences à court terme, alors que cela n'était pas possible il y a 10 ans. Notre programme insiste aussi sur le rôle que jouent l'alcool et les autres drogues sur la tension nerveuse—ce que les enfants considèrent souvent comme du courage, parce que l'alcool, disent-ils constamment, donne du courage—et sur les rôles du stress, surtout pour les jeunes femmes, qui ont une importance de plus en plus grande sur le fait de commencer à se droguer.

Nous avons cependant pu constater que notre programme comportait une certaine faiblesse pour le deuxième cycle du secondaire; en effet, le programme n'a pas eu beaucoup d'influence sur ce que l'on appelle le rôle social de l'alcool. Il a beaucoup influé sur l'usage des drogues dans la rue, mais nous sommes maintenant pris dans ce phénomène grandissant des années 1980 qui fait que l'emploi de la drogue, dans la rue, diminue alors que le rôle de la boisson dans la vie de la plupart des adolescents augmente nettement. Nous avons donc adopté un programme de discussion entre camarades que nous sommes allé chercher aux États-Unis à la suite des évaluations qui en avaient été faites sur cinq ans dans l'État du Minnesota. Ce programme s'appelle le facteur de contrôle.

We have also produced a program in French and, presently, I am offering it to the boards of education in Quebec.

Ce programme est à l'origine d'un grand nombre d'organisations d'élèves intéressantes que nous mettons au point dans les classes du secondaire. Nous n'avons pas voulu adopter le *Students Against Drinking and Driving Program*, le programme SADD, pour plusieurs raisons: notamment parce qu'il n'a pas comme fondement un programme suffisant et également parce que, lors de mes visites sur place au Massachusetts en 1984, ainsi que dans la région d'Ottawa, j'ai constaté qu'il était souvent critiqué par les parents parce qu'il avait tendance à encourager les jeunes à boire. C'est peut-être exagéré, mais il nous semble que nous ne pouvons pas parler de boisson et de conduite sans traiter du rôle de l'alcool dans la vie des adolescents.

## [Text]

As well, we have an extensive intervention program that includes early intervention groups for students in the first stages of drug use and an extensive department of skilled social workers and psychologists who have received very intensive training in assessments. We know increasingly that adolescent substance abuse is a complex phenomenon. We feel the research is very accurate when it points to the fact that today, increasingly, adolescents who have problems with substances have had treatment of various kinds for familial and emotional problems prior to the onset of drug use. We feel strongly that treating those drug problems in isolation can be very unsound.

The linchpin, one of the most visible aspects, of our program is a large positive alternatives program, Défi 86, Défi 87 on the francophone side, and a student conference on living on the anglophone side. Those conferences, held in hotels in Ottawa in the fall, are the basis for a lot of quiet intervention with harmfully drug-involved students. The students in these positive peer groups are actively involved in the planning and development of those conferences. They feature a large number of workshops over a two-day period, theatre presentations and so on. Then, as part of their activities in the spring, the students plan a similar conference for parents known as a parent conference on living. We are in the midst of developing a parent-teen conference that will blend teenagers and parents from different families and I am also developing this in Toronto with a group of parents for the first time.

The program is diverse. It involves a large number of personnel from the board. Unlike many American programs, it is not run by one individual who functions on a permanent basis. My role by choice is very much a role of training and even though I work directly alongside teachers, social workers and psychologists, in groups and in classrooms, demonstrating the lessons, the ultimate goal is to leave in place a large cadre of trained personnel. We are really confident that this is emerging.

The one other difference between this program and other school-based programs in North America is that the Ottawa Board of Education made a very unusual commitment when it accepted the idea of identifying a substance abuse resource person in each senior elementary school and high school. Generally, they are counsellors and are given one-sixth of their timetable to devote to prevention and early intervention programs. Those people are emerging in a real model sense and are bringing a diversity to this program through their own talents and gifts.

## [Translation]

Nous avons aussi un vaste programme d'intervention qui comprend des groupes d'intervention dans les premiers stades de l'usage de la drogue par les élèves; nous avons aussi un service important de travailleurs sociaux et de psychologues compétents qui ont reçu une formation intensive pour faire des évaluations. Nous nous rendons de plus en plus compte que la toxicomanie chez les adolescents est un phénomène complexe. Il nous semble, comme l'indiquent les résultats des travaux de recherche, qu'il est vrai que, de plus en plus, les adolescents qui ont des problèmes de toxicomanie à l'heure actuelle ont préalablement été traités pour divers problèmes familiaux ou affectifs avant de commencer à se droguer. Nous sommes tout à fait convaincus que traiter ces problèmes de toxicomanie de façon isolée n'est pas très judicieux.

Le pivot, l'un des aspects les plus visibles de notre programme, est un éventail tout à fait satisfaisant de solutions de rechange. Il s'intitule Défi 86, Défi 87 pour les francophones, et il s'agit pour les anglophones de la *student conference on living*. Ces conférences qui ont eu lieu dans des hôtels d'Ottawa au cours de l'automne sont à l'origine d'un ensemble d'interventions discrètes auprès d'élèves se droguant de façon dangereuse. Les élèves qui participent à ces rencontres jouent un rôle actif dans la planification et la préparation de ces conférences. Celles-ci comportent un nombre important d'ateliers au cours de deux journées, de représentations théâtrales, etc. Ce printemps, dans le cadre de leurs activités, les élèves ont prévu une conférence semblable pour les parents, qui s'intitulera la *parent conference on living*. Nous sommes maintenant en train de mettre au point une conférence pour les parents et les adolescents qui permettra à des adolescents et à des parents de familles diverses de se rencontrer. Je mets actuellement au point une opération semblable à Toronto avec un groupe de parents, pour la première fois.

Le programme est très varié. De nombreuses personnes du conseil scolaire y participent. Contrairement à la plupart des programmes américains, il n'est pas dirigé par une seule personne qui est engagée à titre permanent. J'ai choisi d'avoir essentiellement un rôle de formation et, même si je travaille directement avec les enseignants, les travailleurs sociaux et les psychologues, dans les groupes ou dans les classes, en faisant des leçons à titre de démonstration, l'objectif que je recherche c'est de mettre en place un personnel formé suffisant. Cela est en bonne voie.

Il y a une autre différence entre ce programme et les autres programmes scolaires d'Amérique du nord: c'est que le Conseil scolaire d'Ottawa s'est engagé, fait à peu près sans précédent, à accepter l'idée de désigner une personne ressource chargée de la toxicomanie dans chaque école élémentaire supérieure et dans chaque école secondaire. En règle générale, ce sont des conseillers qui doivent consacrer le sixième de leur temps à des programmes de prévention et d'intervention précoce. Ces conseillers deviennent de véritables modèles et apportent une diversité à ce programme grâce à la compétence dont ils font preuve.



[Texte]

[Traduction]

• 1510

I think that experience, however, and particularly a very intensive piece of work I have done for the past year for the Solicitor General of Canada, leads me to make the kinds of recommendations I am making here this afternoon. In a publication which will be out in the coming month, I have had the privilege to review for the Solicitor General of Canada world-wide drug and alcohol programs, prevention, early intervention programs for early-stage substance abusers and a variety of treatment programs. I think the implications of what is out there should be broadly understood by all parliamentarians who are reporting on this issue.

I feel very strongly that there should be a moratorium on the further development and creation of primary prevention and early intervention programs, those without at least a research base. I think one of the real tragedies is that in a health field there are limited funds and will likely continue to be limited funds no matter what the present government has in mind.

I think it is very important there be a period, not in which there be endless funding of program proposals, but there is a need to look at those programs which have been created, often in the United States by agencies and organizations which have resources no Canadian agency probably will ever have. These programs sometimes have taken two years to elaborate. I think there is a real need to look at those programs. For people who would be critical of leaning too heavily on American resources—many are not appropriate for Canadians we know—we have to recognize that almost all the approaches to treatment, for example, where adolescents and young adults are concerned, come almost entirely from American know-how.

I think successful validated programs have definitely emerged and have produced results in the long term over the past few years. Not only do those programs exist, but they differ significantly from the broad stream of unsuccessful programs. They differ in the fact that they use very current, contemporary strategies. They have multi-strategy approaches. For example, school-based programs which are successful increasingly have elements that reach out to family or the community. As well, they differ in one very difficult area. Unfortunately, whether we like it or not, they tend to be much lengthier than the unsuccessful programs. I think it is a challenge which is going to be very difficult for a lot of institutions to deal with.

For example, one of the most exciting alcohol education programs in the world, one of the only prevention programs, to my knowledge, which has demonstrated successful outcomes over a full two-year

Toutefois, cette expérience, et en particulier une étude à l'intention du solliciteur général, à laquelle je travaille de façon très intensive depuis un an, m'amène à formuler les genres de recommandations que je fais ici cet après-midi. Dans cette étude, qui paraîtra le mois prochain, j'ai eu le privilège d'examiner, pour le compte du solliciteur général du Canada, des programmes qui existent dans le monde entier, relatifs à la consommation de drogue et d'alcool, à la prévention et à l'intervention précoce à l'intention des consommateurs qui en sont encore à leur début, ainsi qu'une diversité de programmes de traitement. Je pense que tous les parlementaires qui s'intéressent à la question devraient posséder une bonne vue d'ensemble de tous ces programmes.

Je suis fortement convaincu qu'il faudrait mettre un frein au développement et à la création des programmes de prévention primaire et d'intervention précoce, et à tout le moins à ceux qui ne reposent sur aucune recherche. L'un des aspects les plus déplorables, dans le domaine de la santé, c'est que les fonds disponibles sont limités et que malgré les intentions du gouvernement actuel on ne peut s'attendre à ce que la situation s'améliore sur ce plan.

Il est très important de marquer une pause pour examiner les programmes qui ont été mis sur pied, souvent aux États-Unis, par des organismes et des associations qui disposent de ressources dont aucun organisme canadien ne disposera probablement jamais. Il a parfois fallu deux ans pour élaborer ces programmes. La nécessité d'examiner ces programmes est réelle. A ceux qui s'opposeraient à une utilisation trop grande des ressources américaines—qui ne sont pas toujours adaptées pour les Canadiens—je répondrai qu'il faut reconnaître que presque toutes les méthodes de traitement qui s'adressent, par exemple, aux adolescents et aux jeunes adultes, nous viennent des Américains.

Dans les quelques dernières années, je pense que certains programmes bien fondés ont été mis en place et que ces programmes ont donné des résultats positifs à long terme. Et non seulement ces programmes existent, mais ils s'écartent considérablement du grand courant que nous avons connu de programmes qui n'ont pas réussi. L'originalité tient au fait que l'on a recours à des stratégies des plus courantes, des plus contemporaines, dans le cadre de ces programmes. Et les stratégies que l'on applique sont multiples. Par exemple, les programmes dispensés en milieu scolaire, qui réussissent bien, comportent de plus en plus d'éléments qui intéressent la famille ou le milieu. Ils diffèrent aussi sur un autre plan, car, malheureusement, que ça nous plaise ou non, ils s'étendent en général sur de beaucoup plus longues périodes que les programmes infructueux. C'est un défi qu'un grand nombre d'institutions auront beaucoup de difficultés à relever.

Par exemple, l'un des meilleurs programmes d'éducation à l'égard de la consommation d'alcool qu'il y ait au monde, l'un des seuls programmes de prévention que je connaisse, dont les résultats ont été positifs pendant



## [Text]

period without any decline. . . Generally, as you probably know, successful programs often do well for the first six months and then there is a resurgence of cigarette smoking, drinking, or whatever. This program is known as alcohol education by the team schemes and tournaments method, developed at the University of Georgia. The declines it has produced in teenage drinking. . . I will not try to deal with all the extensive research conclusions, but they range roughly in the 40% area. Roughly 40% of teenagers who have taken that program have reduced their drinking to very low levels or have stopped drinking altogether. That is a rare achievement in the alcohol field. That program actually takes 20 50-minute lessons in high school.

From a health field, there are many competing domains. There are nutrition, sexuality, and safety. There are many different areas. I think it is really difficult for schools today to accept the fact that if we want a drug program that is going to work, we are going to have to be prepared to recognize that something else has to give. For example, Dr. Gilbert Bodven, at Columbia University, who is closely known to researchers in Canada, has pioneered a lot of the successful cigarette smoking programs and alcohol and drug programs using these new contemporary strategies. He also appeared recently on Canada's *The Journal*. All of the programs he has tested and evaluated successfully over one- to two-year periods with junior high school-aged students roughly lie in that kind of timeframe.

• 1515

When you look at the summaries the Ontario Addiction Research Foundation has prepared concerning the length of time that schools in this province spend on drug education—and I have seen from my work for the Solicitor General what other provinces are spending—this is a big issue. Perhaps it really would not be inappropriate for the federal Government of Canada in its drug strategy to consider encouraging provincial legislatures and territorial bodies to mandate drug and alcohol education for every student, providing for a minimum number of hours and requiring all school-based drug and alcohol abuse prevention programs to be evaluated by the provincial or territorial drug commissions and foundations on an ongoing and funded basis.

We simply cannot afford the luxury, at this point in the late 1980s where some programs work and many do not, of asking on the one hand school boards to make an unprecedented commitment of time to one particular health concern and not ensure simultaneously that the programs so implemented are contemporary and do not reflect personal concerns or perspectives, but reflect in fact the broad consensus now emerging internationally among drug education researchers.

## [Translation]

deux années entières, sans que quelque fléchissement ne soit survenu. . . En règle générale, comme vous le savez probablement déjà, les programmes réussissent souvent bien pendant les six premiers mois, et par la suite le problème refait surface. Il s'agit en fait d'un programme d'éducation à la consommation d'alcool, qui se fonde sur la méthode des tournois et de la formation d'équipes, élaboré à l'Université de la Georgie. Je ne traiterai pas ici de toutes les conclusions de la recherche, mais le taux de réussite est de l'ordre de 40 p. 100. Environ 40 p. 100 des adolescents qui ont suivi le programme ont énormément réduit leur consommation d'alcool ou ont carrément cessé de boire. Il est rare qu'un programme réussisse aussi bien dans ce domaine. Le programme comporte 20 leçons de 50 minutes et se donne dans les écoles secondaires.

Dans le domaine de la santé, il y a un grand nombre d'aspects qui entrent en concurrence. Il y a la nutrition, la sexualité et la sécurité. Il y a de nombreux aspects différents. Les écoles ont aujourd'hui vraiment de la difficulté à accepter le fait que pour qu'un programme à l'intention des consommateurs de drogue réussisse, il va falloir sacrifier certains autres éléments. Par exemple, M. Gilbert Bodven, de l'Université Columbia, très connu dans le milieu de la recherche au Canada, a mis sur pied un grand nombre des programmes à l'intention des consommateurs de cigarettes, d'alcool et de drogue, qui ont réussi, en utilisant ces nouvelles stratégies contemporaines. On l'a dernièrement invité à *The Journal*. Tous les programmes ayant réussi, qu'il a évalués, et qui s'adressent à des étudiants du début du secondaire, portent sur des périodes de un à deux ans.

A la lecture des résumés qu'a préparés la Fondation de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, relativement au temps que les écoles consacrent à l'éducation en matière de consommation de drogue dans cette province—et à la suite de mon étude pour le compte du Solliciteur général, je sais combien de temps on y consacre dans les autres provinces—on constate la gravité du problème. Il serait peut-être souhaitable que, dans sa stratégie en matière de drogue, le gouvernement fédéral envisage d'encourager les législatures provinciales et les organismes territoriaux à imposer certains programmes en matière de consommation de drogue et d'alcool à l'intention de tous les étudiants, en prévoyant un nombre minimum d'heures et en exigeant que tous les programmes de prévention dispensés en milieu scolaire soient évalués d'une manière continue par les commissions et les fondations provinciales ou territoriales, et que le tout soit financé.

A la fin des années 1980, quand certains programmes donnent des résultats et que tellement d'autres sont infructueux, nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre le luxe de demander aux conseils scolaires de consacrer du temps, comme jamais auparavant, à un problème particulier de santé, sans veiller parallèlement à ce que les programmes mis en oeuvre soient contemporains et ne s'inspirent pas de perspectives ou de préoccupations personnelles. Ces programmes doivent en

[Texte]

I think the idea of having some mechanism by which the provincial foundations are involved in the ongoing evaluation of these school programs is extremely important. I think it is important partly in order to spotlight provincially, territorially and nationally those programs that are more successful than others.

It is also my distinct impression as a person who is associated, to my benefit—and I appreciate very much the efforts of many different organizations, including parent anti-drug groups—that many of these organizations are submitting requests for funding, wanting to develop from scratch today programs once again that have been developed and tested and often found wanting for the past 20 years. In looking at the issue of funding and the use of federal grants for drug programs, I really hope a mechanism will be established by which all program submissions, all funding submissions, are evaluated in the light of contemporary research and that there are in fact evaluation components attached to those projects.

I was struck by the insight of a young teenage girl who was testifying before an Ontario parliamentary grouping, a grouping of the Ontario Legislature, last September on the issue of drinking law strategies and specifically the issue of the drinking age. I think this girl said the real thing is to show that it is not such a big deal. I think with alcohol education, we have a challenge here that really needs to be recognized. In the 1980s it is really quite refreshing that these young people today—and I am the parent of a 15-year-old daughter and it is a great time to be the parent of a teen. . . . We know through research studies—it is not just through anecdotal impressions—such as that of D. Podorsky and Reginald Bibby from the University of Saskatchewan, entitled *The Emerging Generation*, that this group in the mid-1980s are distinctly more conservative than their predecessors were 10 years ago; the police in that study are their most respected group in society. I do not think it is surprising that we have seen many of these young people discount street drug use and probably that change in this generation accounts more than any other factor for the declines being reported in street drug use.

I have seen some worrisome signs that at the elementary school level we have a new group coming. I hope not. However, at the same time it is not really surprising that drug education is working. With drug education, what is being done in the classrooms or in the

[Traduction]

fait refléter le vaste consensus qui se dégage à l'heure actuelle à l'échelle internationale parmi les chercheurs du domaine de l'éducation en matière de drogue.

L'idée d'un mécanisme quelconque, qui veut que les fondations provinciales participent à l'évaluation continue de ces programmes scolaires, est extrêmement importante. Elle est en partie importante afin de faire ressortir, sur le plan provincial, territorial et national, les programmes qui réussissent mieux que d'autres.

J'ai aussi nettement l'impression, de par mon expérience avec certaines associations—et j'apprécie énormément les efforts d'un grand nombre d'organismes, notamment des groupes de parents—que beaucoup de ces organismes formulent des demandes de financement afin de mettre aujourd'hui sur pied des programmes qui ont été élaborés et mis à l'épreuve au cours des 20 dernières années. Sur le plan du financement et de l'utilisation des subventions accordées par le gouvernement fédéral pour la mise en place de programmes de lutte contre la consommation de drogue, j'espère vraiment que l'on instaurera un mécanisme qui permettra d'évaluer tous les programmes proposés et toutes les demandes de subventions à la lumière de la recherche contemporaine, et que l'on rattachera à ces projets un certain nombre d'éléments qui en permettront l'évaluation.

En septembre dernier, j'ai été impressionné par la perception d'une jeune adolescente qui témoignait devant un comité parlementaire du gouvernement de l'Ontario, sur la question des stratégies en matière de législation sur la consommation d'alcool, et notamment, sur la question de l'âge où la consommation d'alcool est permise. Cette jeune fille disait, en fin de compte, qu'il s'agissait de démontrer le peu d'importance de la chose. Sur la plan de l'éducation à l'égard de la consommation d'alcool, je pense que nous faisons face à un défi que nous devons reconnaître. Aujourd'hui, dans les années 1980, il est vraiment rafraîchissant de constater que les jeunes d'aujourd'hui—et je suis père d'une adolescente de 15 ans, et c'est une belle époque pour être le père d'une adolescente. . . . Grâce à certaines études qui ont été réalisées, comme celle de D. Podorsky et Reginald Bibby, de l'Université de la Saskatchewan, intitulée *The Emerging Generation*, par exemple—ce ne sont donc pas que des impressions—nous savons aujourd'hui que ce groupe, du milieu des années 1980, est nettement plus conservateur que ne l'étaient ses prédécesseurs il y a 10 ans; on dit, dans cette étude, que la police est le groupe que respectent le plus ces adolescents dans la société. Je ne crois pas qu'il faille s'étonner qu'un grand nombre de ces adolescents se refusent à consommer de la drogue, et il est probable que ce revirement au sein de cette génération soit le facteur qui ait le plus contribué à la diminution que l'on constate dans la consommation de drogue.

J'ai détecté quelques signes plutôt inquiétants à cet égard chez les élèves du secondaire. J'espère que ces inquiétudes ne se matérialiseront pas. Parallèlement, toutefois, il n'est pas plus étonnant que cela que l'éducation en matière de drogue porte fruit. Cette



## [Text]

community programs is going hand in hand clearly with what parents are concerned about, and these are young people who are very attuned to parental concerns and wishes.

However, I think with the area of alcohol education we have not had many successes. We are wrestling, at least across the province and I believe across the continent, with this phenomenon of drinking by younger adolescents, ages 12, 13, 14—particularly 13 and 14. A lot of parents are really having trouble in deciding how to deal with it. If you have a 14-year-old who is five feet six inches or five feet seven inches, it may be very hard to tell them drinking will stunt their growth. A lot of these people will report anecdotally that their parents are really against drugs but are almost relieved if they just drink a bit.

• 1520

What I am saying to you is that all of the education in the alcohol area, our primary drug, is in a sense going counter in the classroom and in the community to the messages that are coming from society. I hope that in elaborating in part this national drug strategy, you will not leave out of account the fact that there is a very close relationship between alcohol as the primary drug and other street drugs.

The broad stream of substance-abusing adolescents whom we see as drug users often in reality have a primary problem with alcohol. When they drink, for example, they act out aggressively. They often prefer street drugs simply because they do not like the mood and the behavioural problems that accompany their drinking. They often manifest the family history of alcoholism.

• 1525

I think at another level, at the broad stream of teenagers who are today drinking at parties—and this is the normative behaviour today, like it or not—I think we really cannot expect a strategy to work if it ignores alcohol and if it does not also reach out and implicate in some way our policies provincially, territorially and federally around alcohol. We should at least make sure that through co-operation at different governmental levels, we see some strategy to ensure that at least in the decade ahead we do not see any per capita increase in alcohol consumption.

If you get right down to it and match from 1968 through to the present year the increases, the stability, the declines, and so on in adolescent use of alcohol and other drugs, particularly from 1970 to 1978 in per capita alcohol consumption in this country and particularly in Ontario,

## [Translation]

préoccupation, qui se traduit par des programmes dispensés en milieu scolaire ou en milieu communautaire, rejoint très bien les inquiétudes des parents, et ces jeunes adolescents font grand cas des inquiétudes et des désirs manifestés par leurs parents.

Mais sur le plan de l'éducation en matière de consommation d'alcool, les résultats ne sont pas aussi heureux. Nous sommes aux prises, dans la province, et je dirais même, dans tout le continent, avec le phénomène de la consommation d'alcool chez les jeunes adolescents de 12, 13, et 14 ans—et notamment chez les 13 et 14 ans. Bien des parents ne savent vraiment pas comment faire face à ce problème. Il est plutôt difficile de faire croire à un adolescent de 14 ans, mesurant cinq pieds et six pouces ou cinq pieds et sept pouces, que consommer de l'alcool nuira à sa croissance. Un grand nombre de ces adolescents vous raconteront que leurs parents sont vraiment contre la consommation de la drogue, mais qu'ils sont presque soulagés de constater qu'ils ne consomment qu'un peu d'alcool.

Ce que je dis, c'est que l'éducation en milieu scolaire et en milieu communautaire, à l'égard de la consommation d'alcool, notre principale drogue, est en quelque sorte contraire au message qui émane de la société. En élaborant cette stratégie nationale à l'égard des drogues, j'espère que vous ne négligerez pas de tenir compte du fait qu'il existe une relation très étroite entre l'alcool, en tant que drogue principale, et les autres drogues.

Dans la plupart des cas, les adolescents aux prises avec des problèmes de toxicomanie éprouvent souvent au départ un problème avec l'alcool. Quand ils boivent, par exemple, ils deviennent agressifs. Ils se tournent donc souvent vers les drogues uniquement parce qu'ils n'aiment pas la sensation et les problèmes de comportement que provoque chez eux la consommation d'alcool. Ils manifestent souvent la tendance à l'alcoolisme de leur famille.

Sur un autre plan, considérant le très grand nombre d'adolescents qui consomment aujourd'hui des boissons alcooliques à l'occasion de parties—et c'est la réalité d'aujourd'hui, qu'on le veuille ou non—je pense que nous ne pouvons vraiment pas escompter qu'une stratégie réussisse si l'on néglige l'alcool et si l'on ne veille pas à en tenir compte dans nos politiques provinciales, territoriales et fédérales. Nous devrions à tout le moins veiller, par le biais de la collaboration entre les différents paliers de gouvernement, à ce qu'il y ait une stratégie qui nous garantisse contre une augmentation quelconque de la consommation d'alcool au cours des dix prochaines années.

Quand on compare les statistiques de 1968 à nos jours, relativement à la fluctuation de la consommation d'alcool et de la consommation des autres drogues chez les adolescents, et notamment celles de 1970 à 1978 à l'égard de la consommation d'alcool *per capita* au Canada et



## [Texte]

there are enormous similarities. I find it intriguing, for example, that in the early 1980s for a two-year period in which there is some evidence of a slight decline in per capita consumption of alcohol in Ontario, there is some evidence that we had at the same time the first signs of a decline in adolescent drug use.

As well, as a person who is privileged to work with offenders at Mimico Correctional Centre. I am increasingly aware through research and through that work how many young people in our criminal justice systems are there primarily, as they see it, because of problems with alcohol and other drugs.

I really think the time has come in terms of an all-encompassing national strategy to make sure we end the situation in which young people, young adults and juvenile offenders being charged and convicted are not being assessed prior to sentencing for possible alcohol and drug problems. By no means am I suggesting that where those problems exist, they are always primary; they are not. But it should be looked at.

There should be something developed so there is something to motivate those young people to choose between help, treatment. . . I do not mean an imbalanced choice. I mean a balanced choice that includes on the one hand treatment plus other traditional things to offer in some way an attractive choice, though balanced between fully traditional sentencing.

I think the growing experience in a number of American states, particularly by the California Youth Authority, shows that not only can the alternative choice be responsibly developed and not only can treatment for offenders be successful after a lot of trial and error in the 1970s, but also very important savings can be made. The entire basis of the California Youth Authority's approach to this issue now is that they have established clearly the important economic savings to be made in the funding of treatment programs for offenders with alcohol and drug problems.

Finally, I think as well it is really important that this issue of treatment be dealt with specifically in terms of funding provincially. I am part of a large group in the city of Ottawa, both *commandant du Conseil d'administration de la maison Pertuinité, un programme de traitement dans l'est de l'Ontario* and also a large grouping, including staff from the Addiction Research Foundation and all the addiction bodies. They are looking at treatment needs for adolescents in this region of Ontario.

## [Traduction]

particulièrement en Ontario, on constate de très grandes ressemblances. Je trouve intrigant, par exemple, que les statistiques du début des années 1980 indiquent, pour une période de deux ans, un léger fléchissement de la consommation *per capita* d'alcool en Ontario, et que l'on constate en même temps, à la même époque, les premiers signes d'un fléchissement dans la consommation de drogue chez les adolescents.

En outre, en qualité de personne ayant le privilège de travailler avec des contrevenants du Centre correctionnel Mimico, mes recherches et mon expérience dans ce centre confirment de plus en plus combien de ces jeunes adolescents se retrouvent en milieu correctionnel après avoir éprouvé des problèmes avec l'alcool et d'autres drogues.

Dans le contexte d'une stratégie nationale, que l'on veut polyvalente, je pense vraiment qu'il est temps de veiller à mettre fin à la pratique courante qui veut que de jeunes adultes et de jeunes contrevenants soient accusés et condamnés sans qu'on ait examiné la possibilité qu'ils soient aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. Je ne dis pas que ces problèmes sont toujours présents dans les cas de délinquance, mais qu'il faudrait en examiner la possibilité.

Il faudrait élaborer une formule quelconque qui permettrait d'encourager ces jeunes délinquants à choisir de se soumettre à un traitement, d'accepter de l'aide. . . Je ne parle pas ici d'un choix qui serait déséquilibré. Je parle plutôt d'un choix équilibré, qui serait composé en partie d'un traitement et d'autres éléments traditionnels, afin que le choix soit attrayant et mieux équilibré que les méthodes traditionnelles.

L'expérience de plus en plus grande que l'on acquiert dans un certain nombre d'États américains, et notamment celle acquise par la *California Youth Authority*, démontre non seulement que l'on peut élaborer d'autres choix d'une manière responsable et qu'un traitement des contrevenants peut donner de bons résultats, après bien des années d'expérimentation au cours des années 1970, mais aussi que cette formule peut permettre de réaliser des économies très importantes. L'approche qu'adopte maintenant la *California Youth Authority* à l'égard de cette question repose entièrement sur le fait que l'on a pu clairement démontrer les économies considérables que peut permettre le financement des programmes de traitement à l'intention des contrevenants aux prises avec des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie.

Enfin, je crois qu'il est vraiment important de parler de la question du traitement dans le contexte du financement de la part des provinces. Je fais partie d'un important groupe de la ville d'Ottawa, en tant que commandant du conseil d'administration de la maison Pertuinité, un programme de traitement dans l'est de l'Ontario, et en même temps d'un grand regroupement comprenant un certain nombre de personnes appartenant à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et à tous les groupes oeuvrant dans le domaine. Ce sont des personnes qui

[Text]

I think it is really important that we consider some general statement that among the rights of Canadians is the right to treatment for drug and alcohol problems. It is not just a right; it could represent an enormous saving to Canadians. We all know here what the costs are in terms of assaults, private property thefts, and so on.

• 1530

It is really discouraging when you work under a school board, as I do, and work long hours and work often with parents, which is not part of your formal job description, and identify young people who are destroying themselves, and frankly often destroying many others. Then you get them to a point where they are prepared to get help and the level of treatment that they need is not available. Maybe it is because there are more complex factors involved here than simply alcohol and drugs. But then you have to face the fact that you are talking maybe \$4,000 in a program covered partially by OHIP. I know what it is like to have to get out and hustle funds. You do not always find them, but you are not going to tell a young person that she cannot go when you know that if she does not go she may not survive another couple of months.

I think it is really important that not only do we recognize that this treatment must be available in Canada, but there be some general principle that if you are ready to get help—because this is not just your concern, it affects all of us one way or the other—that treatment will be provided in this country.

I think as well one of the issues that continues to come up in terms of National Health and Welfare is the status of cannabis, the legal status of cannabis drugs. Working in Ottawa as well as in Toronto, of course one sees that very differently, because in the nation's capital the prevalent sources of cannabis are the most potent forms of hashish available anywhere in the world, I believe. These are forms of hashish that one would not typically find in the city of Toronto. In fact, they would be totally unknown to substance abusers here.

Those of us who work in this field are always struck by the fact that substance abusers are very intelligent people. They are very often people with highly creative gifts. They are people who often feel life's stresses and strains a little more than the average. I know in your Ottawa hearings you met many of those splendid young people. I doubt that there is anybody working in this field who sees this as something that should involve labelling as criminality.

One of the effects, of course, of the present cannabis laws that has been demonstrated by researchers here at the

[Translation]

examinent les besoins de traitement des adolescents de cette région de l'Ontario.

Au nombre des droits des Canadiens figure le droit au traitement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme. Mais ce n'est pas qu'un droit, mais aussi un élément qui pourrait représenter d'énormes économies pour les Canadiens. Nous sommes tous au courant des coûts qu'entraînent les voies de fait, les vols, et le reste.

C'est vraiment décourageant quand on travaille, comme moi, pour un conseil scolaire, et que l'on travaille de longues heures et souvent avec des parents, ce qui n'entre pas dans vos attributions normales, de rencontrer des cas d'adolescents qui se détruisent et qui, pour être franc, détruisent souvent bien d'autres personnes autour d'eux. Ensuite, après les avoir préparés à chercher de l'aide, on se rend compte que le traitement dont ils ont besoin n'est pas disponible. Ce pourrait être qu'il y a des facteurs encore plus complexes que l'alcool et les drogues qui interviennent. Mais il faut tenir compte du fait qu'il s'agit d'un programme de 4,000\$ dont les frais sont en partie couverts par l'OHIP. Je sais ce que c'est que d'aller quémander des fonds. On ne les obtient pas toujours, mais on ne peut pas dire à une jeune adolescente qu'elle ne peut pas suivre le traitement quand on sait que, si elle ne le fait pas, elle en a peut-être à peine pour deux autres mois.

Je pense qu'il est vraiment important de reconnaître non seulement que ce traitement doit être disponible au Canada, mais aussi le principe général selon lequel, lorsqu'on est prêt à obtenir de l'aide—parce que ce n'est pas seulement votre préoccupation, car elle nous touche tous, d'une façon ou d'une autre—le traitement sera offert au Canada.

Sur le plan du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, l'une des questions qui continue à faire surface est la situation du cannabis, la situation des produits du cannabis du point de vue juridique. Selon le lieu où l'on travaille, à Ottawa ou à Toronto, la situation est très différente, car à Ottawa, les principales sources de cannabis sont les plus puissantes formes de hashish que l'on retrouve un peu partout dans le monde. Ce sont des formes de hashish que l'on n'utilise que très peu à Toronto. En fait, je dirais même que les consommateurs de drogue de Toronto ne les connaissent pas du tout.

Les gens qui travaillent dans le domaine sont toujours étonnés de la grande intelligence des toxicomanes. Ce sont très souvent des personnes extrêmement créatives, des gens qui ressentent souvent les stress et les contraintes de la vie un peu plus que la moyenne. Je sais que vous avez rencontré un grand nombre de ces splendides jeunes personnes à l'occasion des audiences que vous avez tenues à Ottawa. Je doute que qui que ce soit, qui travaille dans le domaine, considère la toxicomanie comme un problème qui mérite d'être qualifié d'acte criminel.

Bien entendu, l'un des effets des Lois actuelles sur le cannabis, qu'ont démontré les chercheurs de la Fondation



[Texte]

Ontario Addiction Research Foundation is the fact that there is that stigmatizing. There are many harmful effects resulting from the present cannabis laws. At the same time, however, I believe it is true that none of the research has looked at the effects of the present law on non-users. The research has tended to be focused very much on those who are abusers, on those who many people would term as drug dependants or addicts of young adult years.

I think it is really important. I am really concerned that after more than a decade of very intense discussion, and at times bills that have made it at least into a couple caucuses that I am aware of to reform the laws, there has never yet, to my knowledge, been any study done of the effects of the present law or alternative laws on the non-user. Considering the fact that we have seen this significant decline in cannabis use during the period in which cannabis has remained under the Narcotic Control Act, I think it is really important that we determine through research exactly what those different effects are.

My personal impression is—and it is not at all a general one, because it is limited to a number of high schools in Ottawa and Toronto—it may well be that given the conservatism of young people in the mid 1980s, changing and reforming the cannabis laws at this point would not in fact lead to a significant increase in use by non-users. But I feel strongly that is an issue that should really be dealt with and known, because it is obvious that sooner or later there will be changes in the cannabis legislation, which should only be done when all of the benefits and consequences of the present law and alternative laws are understood for all different populations of youth and young adults. Thank you.

**The Chairman:** Thank you very much, Mr. Smyth. Just before you tackle some questions from the committee, I take it you are trained in education. You were basically a teacher originally and you have moved into this field as a special interest.

**Mr. Smyth:** That is right.

**The Chairman:** Who wants to lead off? Mr. White.

**Mr. White:** I just want to take a few minutes. First of all, just to clarify in my own mind, Mr. Smyth, when you talk about cannabis and the effect on non-users, are you saying what would be the effect on non-users if the law was changed, whether that would prompt more non-users to start using cannabis?

**Mr. Smyth:** That is right.

**Mr. White:** Just to go back to one of your earlier comments, it is indeed an interesting time to be the parent of teenagers. I have two teenage sons myself, and I will have a teenage daughter next year. I do not know if it is a

[Traduction]

de la recherche sur la toxicomanie de l'Ontario, est le stigmate qu'elles laissent. Ces lois ont aussi de nombreuses conséquences malheureuses. Parallèlement, toutefois, je crois qu'il est vrai qu'aucun chercheur ne s'est encore penché sur les conséquences qu'elles ont pour ceux qui ne consomment pas de drogue. La recherche a surtout porté sur les consommateurs de drogue, sur ceux que bien des gens qualifieraient de jeunes toxicomanes.

Je crois que c'est vraiment important. Je suis vraiment étonné qu'après plus de 10 ans de discussions très intenses et, à ma connaissance, au moins deux projets de loi pour réformer les lois, aucune étude n'ait encore été entreprise sur les effets de la loi actuelle ou des lois qui viendraient les remplacer sur celui qui ne s'adonne pas à la drogue. Compte tenu du fait que nous avons été témoins d'un fléchissement important dans la consommation de cannabis pendant la période où il était encore du ressort de la loi sur les stupéfiants, je pense qu'il est vraiment important de déterminer, par des recherches, ce que sont précisément ces effets.

Je crois personnellement—et ce n'est pas du tout là une opinion générale, parce qu'elle ne se fonde que sur une constatation qui se limite à un certain nombre d'écoles secondaires d'Ottawa et de Toronto—que, compte tenu du conservatisme des jeunes du milieu des années 1980, modifier et réformer à ce moment les Lois sur le cannabis n'entraînerait pas d'augmentation importante de l'utilisation chez ceux qui n'en consomment pas à l'heure actuelle. Mais je suis fortement convaincu qu'il s'agit-là d'une question dont il faudrait vraiment tenir compte et qui devrait être connue, car il est évident que l'on apportera tôt ou tard des modifications à la Loi sur le cannabis, qui ne devraient être faites que lorsque l'on aura compris tous les avantages et toutes les conséquences de la loi actuelle et des lois de remplacement pour toutes les différentes catégories de jeunes. Merci.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Smyth. Avant de passer aux questions des membres du Comité, je voudrais que vous me disiez si j'ai bien compris. . . Vous êtes un enseignant qui s'est réorienté dans ce domaine par intérêt, n'est-ce pas?

**M. Smyth:** C'est juste.

**Le président:** Qui veut débiter? Monsieur White.

**M. White:** Je n'en ai que pour quelques minutes. Tout d'abord, monsieur Smyth, pour que ce soit plus clair dans mon esprit, quand vous parlez du cannabis et des effets sur ceux qui n'en consomment pas, vous voulez parler des effets si la loi était modifiée, de la possibilité que cela porte davantage de gens qui ne consomment pas de cannabis à en consommer?

**M. Smyth:** C'est juste, oui.

**M. White:** Pour revenir à l'une des observations que vous avez faite plus tôt, il est en effet intéressant d'être parent d'adolescent de nos jours. Je suis moi-même père de deux adolescents et ma fille atteindra justement l'âge de



## [Text]

great time to be a parent of a teenager, but it is an interesting time to be a parent.

The first question I had in mind, being from the west and from a rural area, is that the Ottawa Board of Education has taken upon itself to develop this comprehensive program, and my concern is that it be available to more students. I see you have addressed that as one of your recommendations. I am pleased to see that.

When you talk about using American know-how, is that so our spending can be cost-effective and we are not duplicating services?

**Mr. Smyth:** Yes, that is right. One of the specific issues, of course, is on the one hand we have this enormous funding problem for treatment centres. I recognize that is very much a provincial issue, particularly now for the health departments, as well as community and social services. But at the same time it strikes me as really a problem if provincially significant grants are made to organizations developed from scratch are prevention programs, when in fact that program may already exist and be quite available. I think it is really very inappropriate to divert money in that direction when it could be used more effectively in another area.

**Mr. White:** Is there a clearing house structure in the United States at present where you can access programs if you are wondering about a certain program to find out if something does exist?

**Mr. Smyth:** I am not sure, but it may be that down the road other departments will want to take a look at the inventory. It is a fairly extensive inventory that I have done for the Solicitor General of Canada. The only programs that appear in there are programs that are widely available in print, are culturally transmissible, and so on.

For example, in the footnotes I have made reference to the drinking and driving programs, where I surveyed, as part of my work for this inventory, 11 different programs nationally, from New Brunswick right through to B.C. And we have probably in Canada well over 75 different drinking and driving programs that are funded publicly which receive referrals of both first, second, and multiple offenders through the courts. To my knowledge, none of those programs have demonstrated using scientifically matched controls, long-term, positive outcomes. And we are joined by the Australians and virtually every other western country in this area; it is not just us who are having problems.

## [Translation]

l'adolescence l'année prochaine. Je ne sais pas tellement s'il est intéressant d'être parent d'un adolescent de nos jours, mais ce l'est sûrement d'être parent, en tout cas.

Compte tenu que je viens de l'Ouest et que j'habite une région rurale, la première observation qui me vient à l'esprit est que le Conseil scolaire d'Ottawa a pris l'initiative d'élaborer ce programme polyvalent et je souhaiterais que davantage d'étudiants puissent en profiter. Je constate d'ailleurs que vous en avez tenu compte dans les recommandations que vous formulez et je m'en réjouis.

Quand vous parlez d'utiliser l'expérience américaine, est-ce en quelque sorte pour éviter de dépenser inutilement de l'argent et de faire double emploi?

**M. Smyth:** Oui, tout à fait. L'un des graves problèmes particuliers que nous avons à résoudre est, bien entendu, celui du financement à l'égard des centres de traitement. Je reconnais qu'il se situe surtout sur le plan des provinces et, notamment, des ministères de la Santé et des services communautaires et sociaux. Mais ce qui m'apparaît vraiment comme un grave problème, c'est que les provinces accordent des subventions importantes à des associations pour élaborer de nouveaux programmes de prévention, quand il peut fort bien arriver que ces programmes existent déjà et que l'on puisse les utiliser. Je considère que c'est du gaspillage que de consentir de l'argent à cette fin, quand il pourrait être beaucoup plus utile dans un autre domaine.

**M. White:** Y a-t-il un endroit aux États-Unis, à l'heure actuelle, où l'on peut s'informer des programmes qui existent?

**M. Smyth:** Je ne sais pas, mais il peut arriver que d'autres ministères veuillent un jour consulter l'inventaire. Il s'agit d'un recensement passablement exhaustif des programmes que j'ai effectué pour le compte du solliciteur général du Canada. Les seuls programmes qui y figurent sont ceux que l'on peut facilement se procurer par écrit, que l'on peut facilement adapter et le reste.

Par exemple, dans les notes du répertoire que j'ai préparé, je me réfère aux programmes par lesquels on tente d'éliminer l'habitude de conduire après avoir consommé des boissons alcooliques. Dans le cadre de mon travail, j'ai recensé 11 différents programmes dans l'ensemble du Canada, du Nouveau-Brunswick à la Colombie-Britannique. Et il existe probablement, au Canada, plus de 75 différents programmes de ce genre, qui sont financés à même les deniers publics et dans le cadre desquels on accueille des contrevenants à leur première offense ainsi que des récidivistes référés par les tribunaux. À ma connaissance, aucun de ces programmes n'a fait l'objet d'un contrôle scientifique qui ait démontré des résultats positifs à long terme. Et, dans ce domaine, cela vaut aussi pour les Australiens et pratiquement tous les autres pays de l'Ouest; nous ne sommes pas seuls à éprouver ces problèmes.

## [Texte]

On occasion, some of those programs produce extremely negative effects, where the recidivism rate is actually higher than control groups who have no program following conviction for drinking and driving offences. They are very often very short programs. For example, New Brunswick is experimenting currently with one two-hour session for first offenders. Alberta, which has done much of the pioneering work in the drinking and driving early intervention field, is running a program that is roughly eight hours, or one day, for first offenders. Recognizing that they have not had any successful second offenders, they are now diverting them into a week-end event.

I was really bothered when I surveyed 11 program directors that not one of those program directors knew of the really unprecedented results achieved over the past decade by the American navy's alcohol and drug safety action program. It is a program that is printed. It is available in manual form, free of charge. It could very definitely be replicated in a number of settings in this country. It uses strategies that are very contemporary, particularly life skill and social skill strategies. For the navy, that is a rather revolutionary step; it is not just the facts. But it is 36 hours.

Through scientific evaluation, and with large matched control groups, they have demonstrated not only significant declines in problem drinking, drug use, and drinking and driving behaviour; and they are the only program, to my knowledge, that has demonstrated that for a two-year period, and they are now going into a third year. And at the second year, instead of the results disintegrating, they are improving. Now, that kind of thing should be known. Drinking and driving problems are at the forefront of our safety concerns in this country. I think it is a scandal, frankly, that with the funds being spent in this area individuals do not know there is at least one program they could look at free of charge and consider as achieving results that are totally unique, I believe, in the western world.

## [Traduction]

Il arrive parfois que certains de ces programmes aient des conséquences extrêmement néfastes et que le taux de récidive soit en fait plus élevé que ce que révèlent les groupes de contrôle qui n'ont aucun programme subséquent à une condamnation pour conduite en état d'ébriété. Ce sont très souvent des programmes de très courte durée. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, on met actuellement à l'essai un programme de séances de deux heures à l'intention des contrevenants qui en sont à leur première offense. En Alberta, où l'on a été les premiers à expérimenter des programmes d'intervention précoce dans ce domaine, on applique, à l'heure actuelle, un programme qui dure environ huit heures ou une journée à l'intention des contrevenants qui en sont à leur première offense. Pour les récidivistes, après le peu de succès que l'on a connu avec les programmes existants, on applique maintenant un programme qui dure une fin de semaine entière.

Au cours de mes recherches, j'ai été vraiment surpris de constater que, des 11 directeurs de programme que j'ai rencontrés, aucun n'était vraiment au courant des résultats extraordinaires qu'avait obtenus la marine américaine avec son programme de prévention en matière de consommation d'alcool et de drogue au cours des dix dernières années. Et pourtant, ce programme est disponible sous la forme d'un manuel et on peut l'obtenir gratuitement. Il ne fait aucun doute qu'on pourrait l'appliquer dans bien des endroits au Canada. Les stratégies qu'on y préconise sont très contemporaines et s'attaquent aux problèmes individuels quotidiens et aux problèmes sociaux. Pour la marine, c'est un programme plutôt révolutionnaire; on ne se limite pas aux faits. Sa durée est de 36 heures.

Au moyen d'une évaluation scientifique et d'importants groupes de contrôle, la marine américaine a démontré que son programme a contribué à atténuer considérablement le problème de l'alcoolisme, de la toxicomanie et l'habitude de conduire après avoir consommé des boissons alcooliques. Et à ce que je sache, c'est le seul programme dont les résultats sont positifs pendant deux ans d'affilée et l'on entreprend maintenant la troisième année. Qui plus est, pendant la deuxième année, les résultats s'améliorent plutôt qu'ils ne se détériorent. De tels programmes et de tels résultats devraient être connus. Le problème de la conduite d'un véhicule automobile après avoir consommé des boissons alcooliques est le plus important problème auquel nous ayons à faire face au Canada sur le plan de la sécurité. Je vous dirais franchement que je considère scandaleux, avec tout l'argent que l'on dépense dans ce domaine, que certaines personnes ne sachent pas qu'il existe au moins un programme qu'elles pourraient examiner gratuitement et qui pourrait leur permettre d'atteindre des résultats tout à fait uniques, selon moi, dans le monde occidental.

• 1540

That is not the whole story to drinking-and-driving issues. There are treatment issues as well, which I would rather not get into, along this same line.

Et ce n'est pas le seul moyen de régler ces problèmes. Il existe aussi des programmes de traitement dont je ne discuterai pas plus en détail.



**[Text]**

I think the Ottawa Board of Education is just one school board that is concerned. They are all concerned to one degree or another. I am not an employee of that school board, but I am very pleased to see them, on both the French side and the English side, share those resources widely with anybody who requests them. I think it is really important that there be a mechanism here at the beginning of this drug strategy launching by which we not only spotlight programs that are working in the country... on the drinking-and-driving side, somebody has some interesting things out there in the St. Louis Treatment Centre for second offenders in Saskatchewan, and so on.

There are a lot of programs that are having successes in Canada. There are more, to be honest, in the United States, because they are further ahead. But those need to be known. Let us not have a situation in 1987 where we see groups, well-intentioned, starting from scratch to develop a prevention or an intervention program that is not reflecting the research and that may take five to six years to perfect when we could look at some programs that are working.

Yes, they have to be revised. For example, there are five school boards in this country, including school boards with a large proportion of native Indian populations in British Columbia, that have definitely introduced an intervention program from the United States. They have brought people in to train their staff. It has been quite reasonable. It is one of the few early intervention programs for drug users in school that have produced a scientific positive result. I brought them into the Ottawa Board of Education. Sure, we had to make adaptations. But we achieved in a summer of training with social work and psychology staff what it might have taken us five years to develop from scratch before we got it perfected.

I am not trying to say it is a matter of transplanting programs. That would be irresponsible. I think it is a matter of having a means of spotlighting successful programs, making them known, but also making very sure there are means by which those programs can be refined. I think it is the assistance of foundations like this one and the other provincial bodies that particularly can help local groups in doing that kind of thing. But I sense at the moment, because this is such an urgent concern, a lot of groups coming up with proposals that I think have been tried a lot of times.

**M. Grondin:** Monsieur Smyth, vous dites que vous avez fait une offre aux commissions scolaires du Québec.

**[Translation]**

Le Conseil scolaire d'Ottawa n'est qu'un conseil scolaire parmi tant d'autres qui se préoccupe de la question. Tous s'en préoccupent à un degré ou à un autre. Je ne travaille pas pour ce conseil scolaire, mais je suis très heureux de constater, tant du côté français qu'anglais, sa volonté de partager ses ressources avec quiconque en fait la demande. Je pense qu'il est vraiment important que l'on établisse ici un mécanisme, dès le lancement de cette stratégie en matière de toxicomanie, qui permettra de faire ressortir les programmes qui portent fruit au Canada... pour la conduite en état d'ébriété, par exemple, il y a quelques idées fort intéressantes pour le traitement des récidivistes au Centre de traitement de St-Louis, en Saskatchewan.

Il y a bien des programmes dont les résultats sont positifs au Canada. Il y en a toutefois davantage aux États-Unis, pour être franc, car on y est beaucoup plus avancé qu'ici. Mais il faudrait que ces programmes soient connus. En 1987, n'allons pas commettre l'erreur de laisser des groupes, bien intentionnés, entreprendre d'élaborer un programme de prévention ou d'intervention qui ne se fonde en rien sur les recherches existantes et qui demandera peut-être cinq à six ans de rodage, quand on pourrait utiliser des programmes qui donnent déjà de bons résultats.

Il est vrai qu'il faut les adapter. Par exemple, il y a, au Canada, cinq conseils scolaires, y compris des conseils scolaires où le nombre d'autochtones est important, en Colombie-Britannique, qui ont instauré un programme d'intervention de conception américaine. Ils ont fait venir des spécialistes des États-Unis pour former leur personnel. Cela ne leur a pas coûté très cher. C'est l'un des quelques rares programmes d'intervention précoce à l'intention des toxicomanes d'âge scolaire, dont les résultats positifs ont été scientifiquement démontrés. Je l'ai introduit au Conseil scolaire d'Ottawa. Il a bien entendu fallu l'adapter quelque peu, mais, dans l'espace d'un été de formation avec des travailleurs sociaux et des psychologues, nous sommes parvenus à mettre au point un programme qui aurait demandé cinq ans d'élaboration et de perfectionnement si nous étions partis de rien.

Je ne prétends pas qu'il faille se contenter d'adapter bêtement des programmes. Ce serait irresponsable. Ce qu'il faut avant tout, c'est un moyen de faire ressortir les programmes dont les résultats sont positifs, les faire connaître et veiller de très près à ce que ces programmes puissent être raffinés. Je crois que c'est l'appui de fondations comme la nôtre et des autres organismes provinciaux qui peut particulièrement aider les groupes locaux à cet égard. Mais j'ai l'impression, à l'heure actuelle, parce que cette préoccupation est si urgente, qu'un grand nombre de groupes formulent des propositions que l'on a, selon moi, déjà tenté d'appliquer à maintes reprises.

**Mr. Grondin:** Mr. Smyth, you say you have made Quebec School boards an offer. Did you make your offer



[Texte]

Avez-vous communiqué directement avec les commissions scolaires ou avez-vous d'abord communiqué avec le ministère de l'Éducation?

**M. Smyth:** Absolument. Je suis très certain que c'est possible. Jusqu'à présent, j'ai participé à des journées de formation que j'ai dirigées à titre bénévole. J'ai offert le programme aux commissions scolaires de l'ouest du Québec, mais je crois qu'il y a aussi moyen d'élaborer un mécanisme de collaboration entre les conseils scolaires de tout le Canada.

**M. Grondin:** D'accord, mais avez-vous communiqué avec le gouvernement provincial?

**M. Smyth:** Non, je regrette. Dans l'élaboration de ce document pour le solliciteur général, j'ai communiqué avec le gouvernement du Québec. J'ai l'impression qu'ils sont en train d'élaborer des programmes de prévention, mais que c'est encore au stade élémentaire.

**M. Grondin:** Malheureusement, c'est ce que je pense aussi.

**M. Smyth:** Il y a certainement un problème particulier aux francophones. Les ressources, particulièrement les ressources audiovisuelles, nous viennent des États-Unis. Nous obtenons parfois la permission de traduire des cassettes, par exemple, mais il reste que c'est un problème particulier aux programmes francophones.

• 1545

**M. Grondin:** Un des témoins que nous avons entendus aujourd'hui a dit que pour faire de la prévention, il fallait dire: *If you drink, do not drive* et non: «Vous pouvez prendre un peu d'alcool».

**M. Smyth:** C'est une stratégie, je crois.

**M. Grondin:** Favorisez-vous cette stratégie de prévention?

**M. Smyth:** Non.

**M. Grondin:** Préférez-vous laisser aux gens la possibilité de prendre un peu d'alcool?

**M. Smyth:** On ne peut pas dire qu'une seule stratégie est bonne. Il ne faut pas oublier qu'en ce moment, les adolescents subissent de grandes pressions de la part de leurs pairs, de leurs amis qui les incitent à boire. Si leurs parents, la communauté, les écoles et les programmes d'études ne les incitent pas à ne pas boire, on sait quelle sera leur décision.

En ce moment, il est très important que des programmes de prévention soient offerts aux parents, à l'école même, afin de les aider à expliquer à leurs enfants les raisons pour lesquelles il ne faut pas boire. Dans le programme d'étude du Conseil scolaire d'Ottawa pour les élèves de septième année, nous avons deux leçons dans lesquelles les élèves doivent discuter avec leurs parents de cette question. Par exemple, ils doivent répondre à ceci: Donnez deux raisons pour lesquelles un jeune de 14 ans ne doit pas boire. C'est très important.

[Traduction]

directly to the school boards, or did you first contact the province's Department of Education?

**Mr. Smyth:** Absolutely. I am very sure that this is possible. Up until now, I have directed day long training sessions on a volunteer basis. I offered the program to the Western Quebec School boards, but I think it is also possible to establish a mechanism that would foster co-operation between school boards across the country.

**Mr. Grondin:** Fine, but did you contact the provincial government?

**Mr. Smyth:** No, I did not. I did contact the Quebec government when writing up this document for the Solicitor General. I have the impression they are in the process of developing prevention programs but are still in the very early stages.

**Mr. Grondin:** Unfortunately, this is my impression also.

**Mr. Smyth:** They certainly have to face a problem directly related to the fact that they are French-speaking. Resources, audio-visual resources in particular, come from the United States. Sometimes we are allowed to translate tapes for instance, but this is a problem specific to French programs.

**Mr. Grondin:** One of the witnesses we heard today said that if you decide for a prevention campaign, you must say: "If you drink do not drive" rather than "You may have a glass or two".

**Mr. Smyth:** I think this is a strategy.

**Mr. Grondin:** Are you in favour of such prevention strategy?

**Mr. Smyth:** No.

**Mr. Grondin:** Do you prefer to let people decide to drink a glass or two?

**Mr. Smyth:** There is no such thing as one good strategy. You must keep in mind that nowadays teenagers are heavily encouraged to drink by their peers and friends. If they are not refrained from drinking by their parents, the community, the schools and the curriculum, it is easy to guess what their decision will be.

Presently, it is very important that parents are offered prevention programs at school in order to help them explain to their children the reasons why they do not want them to drink. The curriculum of the Ottawa School Board for Grade 7 students includes two lessons where the students have to discuss this issue with their parents. They have, for instance, to answer this question: Give two reasons why a 14-year-old should not drink. This is very important.

## [Text]

Les jeunes me disent fréquemment que dans un *party*, on ne les encourage pas à boire un verre ou deux, mais à boire beaucoup.

**M. Grondin:** Une question sur le plan législatif. Santé et Bien-être social Canada dit que plus d'un million de Canadiens ont consommé du cannabis en 1985. La même année, il y a eu 22,000 condamnations pour des infractions reliées au cannabis. Les adolescents ne connaissent habituellement pas les lois et s'en préoccupent très peu, même s'ils ont déjà eu des démêlés avec la justice. Compte tenu de tout cela, croyez-vous qu'on devrait modifier la loi? Selon vous, les conclusions de cette enquête indiquent-elles que la loi est un moyen de dissuasion suffisant et utile pour ce qui est de la consommation du cannabis ou des autres drogues que les jeunes consomment régulièrement?

**M. Smyth:** C'est une question très difficile. Il est évident que le nombre d'infractions pour la simple possession de cannabis a été réduit. Il est très important de déterminer précisément le niveau, le pourcentage. Je vous suggère simplement de faire un projet de recherche pour déterminer quels seraient les résultats de deux ou trois changements législatifs.

Je crois qu'en ce moment, la loi fait contrepoids pour les adolescents qui, dans les années 80, doivent penser à leur avenir. Les jeunes de cette génération font l'objet de grandes pressions pour préparer leur avenir, et je crois qu'il est très important de ne pas modifier la loi sans être très certain que le résultat ne sera pas une augmentation de la consommation de cette drogue.

• 1550

**M. Grondin:** Une dernière question, monsieur le président. Vous nous avez dit que vous vous étiez servi des résultats d'une étude effectuée pour le compte du Solliciteur général du Canada. Est-ce que le Solliciteur général est au courant des recommandations que vous nous faites aujourd'hui?

**M. Smyth:** Oui.

**M. Grondin:** Compte tenu des huit recommandations que vous nous avez présentées, est-ce que vous avez établi des priorités?

**M. Smyth:** Oui, monsieur.

**M. Grondin:** Pourriez-vous nous dire quelles sont ces priorités?

**M. Smyth:** Je crois que ce sont les numéros 1, 2 et 3.

**M. Grondin:** Les numéros 1, 2 et 3?

**M. Smyth:** C'est exact.

**M. Grondin:** D'accord. Merci.

**The Chairman:** Mr. Smyth, along with my colleagues I congratulate you on your really fine presentation. I have just two or three questions, if I might. Following up on your work for the Solicitor General, would that report be available to this committee? Are you free to give it to us?

## [Translation]

Teenagers often tell me that when they go to a party, they are not encouraged to drink a glass or two, but rather to drink heavily.

**Mr. Grondin:** Now a question related to the legislation. According to Health and Welfare Canada, more than one million Canadians used cannabis in 1985. The same year, 22,000 people were convicted for cannabis-related offences. Usually, teenagers do not know the law and they do not care very much about it, even when they have had problems with the judicial system. Keeping all this in mind, do you think we should amend the act? According to you, is the act powerful enough as it applies to the use of cannabis and other drugs that young people consume regularly?

**Mr. Smyth:** This is a very difficult question. Obviously the number of offences for possession of cannabis has declined. It is very important to determine precisely the level, the percentage. I would simply suggest that you study the impact that two or three amendments would have.

Presently, I think that the act is some kind of a counterweight for teenagers who, in the 80's, have to prepare their future. This generation of young people is under heavy pressure to prepare its future and I think it is very important that we do not amend the act before making sure that the amendments are not going to increase the drug use.

**Mr. Grondin:** One last question, Mr. Chairman. You told us you used the findings of a study made for the Solicitor General of Canada. Is the Solicitor General aware of the recommendations you are making today?

**Mr. Smyth:** Yes.

**Mr. Grondin:** Have you determined any priority to the eight recommendations you are submitting to us today?

**Mr. Smyth:** Yes.

**Mr. Grondin:** Could you tell us what are those priorities?

**Mr. Smyth:** I think we give priority to recommendations No. 1, 2 and 3.

**Mr. Grondin:** Recommendations No. 1, 2 and 3?

**Mr. Smyth:** That is correct.

**Mr. Grondin:** Very well, thank you.

**Le président:** Monsieur Smyth, votre exposé était vraiment très intéressant et je vous en félicite personnellement et au nom de mes collègues. J'ai simplement deux ou trois questions à vous poser. Est-ce que le Comité pourra obtenir un exemplaire du rapport



[Texte]

**Mr. Smyth:** My understanding is that it is available. I checked with that on Tuesday of this week, and the word was yes.

**The Chairman:** I take it he was interested in having you do that work for him because of problems in the correctional services.

**Mr. Smyth:** No, to my knowledge that has nothing to do with the correctional services whatsoever. The directory is very broad-based and covers almost the entire gamut of prevention, early intervention, and treatment programs for adolescents and young adults up to the age of 25. I think the concern there was that as far as police in Canada goes they want to try to facilitate again a sense that there are some things that clearly are working, and maybe it is time to get with the flow.

I think that is going to be a problem again on the police side. I do not want to speak for the police, but the reaction from one police body this week to the director was it is very good, very interesting, but we want something really quick. I think the dilemma is that there are not quick things that can be thrown out there to the public or to young people. I think if we are really serious about this we have to recognize that those programs that are working—and you can see this on the treatment side—the treatment programs that are producing the strong evaluations for youth and young adults are highly structured programs, and they involve many different professional perspectives.

It is not easy, but we are at a time when there is public sentiment, governmental determination, and the research know-how to make this work. I think it is really important that those in positions such as yours and on the side of the Solicitor General and other involved ministries not do anything to try to communicate to the public a sense that there are quick. . . you know, what is it, that saying no—just say no. It sounds great, and it is a strategy that works, but not in isolation.

Let us not feed into that public sentiment that there are quick fixes here, because there are not. Let us be just glad that we can communicate with the public that there are things that can be done that have a lasting impact. It involves bringing together the communities, the schools, the families, and many institutions to do it.

**The Chairman:** How has the provincial Department of Education received your program and how have other boards of education received it? Are they showing interest in visiting your board and. . . ?

**Mr. Smyth:** Yes, but I want to express also that there are other school boards that we want to take a look at. There are other things. On the drinking and driving issue, I do not want to appear to say that strategies that

[Traduction]

de l'étude que vous avez effectuée pour le Soliciteur général?

**M. Smyth:** Je crois qu'il est possible d'obtenir ce rapport. Je me suis renseigné à ce sujet mardi dernier et on m'a dit que oui.

**Le président:** J'imagine que le Soliciteur général était intéressé à vous faire faire ce travail en raison des problèmes dans le Service correctionnel.

**M. Smyth:** Non, à ma connaissance, cette étude n'a rien à voir avec le Service correctionnel. Le répertoire est très vaste et englobe presque tous les aspects de la prévention, l'intervention précoce et les programmes de traitement pour les adolescents et les jeunes adultes, jusqu'à 25 ans. Je crois que l'on voulait avant tout, en ce qui a trait à la police au Canada, faire savoir qu'il y a vraiment des choses qui fonctionnent bien et que c'est peut-être le moment d'en profiter.

Je crois que cela va encore poser problème du côté de la police. Je ne veux pas me prononcer au nom de la police, mais si j'en crois les commentaires présentés cette semaine au directeur par un corps policier, la police trouve tout cela très bien, très intéressant, mais elle veut des résultats rapides. À mon sens, le problème est qu'aucune intervention rapide n'est possible auprès du public ou des jeunes. Je crois que si nous prenons vraiment les choses au sérieux, il faut reconnaître que les programmes qui donnent de bons résultats, comme on peut le constater au niveau du traitement, les programmes de traitement qui produisent de bons résultats parmi la jeunesse et chez les jeunes adultes, sont des programmes très structurés qui font appel à de nombreux points de vue professionnels.

Ce n'est pas facile mais, en ce moment, un tel travail est possible grâce à la sensibilisation du public, à la détermination du gouvernement et aux connaissances scientifiques. À mon sens, il est vraiment important que les gens dans votre position, le Soliciteur général et tous les autres ministères concernés évitent de donner à la population l'impression qu'il existe des moyens rapides de se débarrasser des mauvaises habitudes. S'il suffisait de dire non, ce serait formidable, c'est d'ailleurs une excellente stratégie, mais elle ne fonctionne pas dans les cas particuliers.

Évitons de donner à la population l'impression qu'il existe des remèdes-miracles, car rien n'est plus faux. Contentons-nous de faire savoir qu'il existe certains moyens qui ont des résultats durables. Cela exige la collaboration des communautés, des écoles, des familles et de nombreux établissements.

**Le président:** Quelle a été la réaction du ministère provincial de l'Éducation et celle des autres conseils scolaires face à votre programme? Est-ce qu'ils se montrent intéressés à prendre contact avec vous. . . ?

**M. Smyth:** Oui, mais je dois vous dire également que nous voulons nous intéresser à d'autres conseils scolaires. Il y a d'autres aspects. Pour ce qui est de la question de l'alcool au volant, je ne veux pas insinuer que les



[Text]

emphasize responsible drinking are not good ones. There are teenagers who will continue to drink; we know that. Whether we as parents or leaders in the community appreciate that, we know there are programs for those individuals that are going to be different from those for other teenagers. So we are very interested in learning from some of the other school boards. Alberta has a very novel program called Teenagers Against Drinking and Driving, supported by their provincial commission, and I am looking at that.

I think the need is for a lot of school boards who do not have personnel in this area directly employed. They are going to need a little extra assistance to be able to identify where those programs are that might benefit them.

Someone from Quebec said to me just two weeks that this is exactly what we need; we are really struggling with this—can you help us? I said it is not my decision, but I am sure the school board would never refuse. And they did not.

**The Chairman:** Finally, one last question on your item number 7 regarding legislation for free treatment of alcohol and other drug substance problems. It is a very interesting suggestion. Would you favour that any transfer payments from the federal government to the provinces should be contingent upon the provinces providing free treatment?

• 1555

**Mr. Smyth:** I think it is an excellent idea, yes. I would hope also there would be mechanisms favoured by the federal government that would extend the level of co-operation on the treatment side between the provinces and between individual treatment centres; in other words, there might be some mechanism for any federal funding. Say funding related to evaluation research: that should be conditioned on that program's involvement in co-operative ventures. I think there is a lot to be thought about there.

The needs for learning on the treatment side... the problem is really even greater on the treatment side. I would say right now, than it is on the prevention side. For example in Saskatchewan, where the provincial government has tentatively granted funds for the elaboration of an adolescent treatment centre, you have, I think it is fair to say, some level of conflict as to what that treatment centre is going to be. I think that is an organization, again, that would benefit from a better knowledge of what is available throughout North America.

It is a really big issue, because treatment of adolescent drug and alcohol problems has not been a particularly successful area in the past. Many programs report that in

[Translation]

stratégies qui mettent l'accent sur une conduite responsable ne sont pas de bonnes stratégies. Certains adolescents continueront à boire, nous le savons. En tant que parents ou leaders au sein de la collectivité, nous savons qu'il existe des programmes qui sont différents de ceux destinés aux autres adolescents. C'est pourquoi nous sommes très intéressés à communiquer avec les autres commissions scolaires. Je m'intéresse à un programme très innovateur intitulé *Teenagers Against Drinking and Driving*, que propose l'Alberta et qui reçoit l'appui de la commission provinciale.

Je pense que le besoin se fait sentir dans de nombreuses commissions scolaires qui n'ont pas de personnel directement affecté à ce domaine. Elles auront besoin d'une aide supplémentaire pour définir quels sont les programmes qui leur seront les plus utiles.

Il y a deux semaines à peine, du gens du Québec m'ont dit que c'était exactement ce qu'il leur fallait. Ils m'ont dit qu'ils se débattaient avec ce problème et m'ont demandé comment obtenir notre aide. J'ai répondu que la décision ne m'appartenait pas mais que le conseil scolaire ne pourrait certainement pas refuser. Il s'est avéré par la suite que j'avais raison.

**Le président:** Une dernière question sur votre proposition n° 7, concernant la législation pour le traitement gratuit de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Il s'agit là d'une proposition très intéressante. Êtes-vous d'accord pour que le gouvernement impose comme condition que les provinces fournissent un traitement gratuit aux alcooliques et toxicomanes pour pouvoir bénéficier des paiements de transfert fédéraux?

**M. Smyth:** Je pense que c'est une excellente idée en effet. J'espère également que le gouvernement fédéral préconisera certains mécanismes qui encourageront la collaboration sur le plan du traitement entre les provinces et les différents centres de traitement. En d'autres termes, le gouvernement fédéral devrait appliquer certains mécanismes en matière de financement. Par exemple, dans le cas de la recherche en matière d'évaluation, le financement serait accordé aux programmes participant à des entreprises de coopération. Je pense qu'il y a là beaucoup d'éléments qui méritent réflexion.

Les connaissances sont insuffisantes au niveau du traitement... Je crois que les lacunes sont actuellement plus grandes au niveau du traitement que du côté de la prévention. En Saskatchewan, par exemple, où le gouvernement provincial tente, à titre d'expérience, de consacrer des fonds à la création d'un centre de traitement pour adolescents, il existe, je crois qu'on peut le dire, certains conflits quant à la nature de ce centre de traitement. Je crois encore qu'il s'agit là d'une organisation qui aurait avantage à mieux connaître les programmes offerts ailleurs en Amérique du Nord.

C'est vraiment un aspect important, étant donné que le traitement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les adolescents n'a pas donné de résultats

## [Texte]

fact it takes sometimes two or three treatment experiences before success is registered with many adolescents. Some of the ones you saw in Ottawa, for example, have in fact been through several programs.

**The Chairman:** Mr. Smyth, thank you very much for being with us today. We appreciate your testimony.

We now call upon Dr. Goodstadt. Dr. Goodstadt, we have heard your name mentioned several times this morning and this afternoon, and we look forward to your testimony.

**Dr. Michael S. Goodstadt (Head, Education Research Program, Addiction Research Foundation):** I am glad to be here this afternoon, and I thank you for the opportunity to talk to you. People have been whispering in my ear today. They have said things and somebody has said Goodstadt has this data, or they have said things such that maybe I have data relevant to the discussion.

What I want to talk about specifically today is public opinion in Ontario regarding alcohol and other drugs. I have prefaced this with pointing out, as you probably know by now, because I think several people have cited this research that we have conducted at the Addiction Research Foundation, that over the years since 1968 we have systematically conducted surveys of adolescent drug use. Most recently, since 1977 we have been conducting surveys every two years, a random sample of students throughout Ontario between grade 7 and grade 13 that examines, probes, and tries to document the trends in drug use across the board for kids throughout Ontario. It also explores other types of issues related to drug use, such as the reasons why they use cannabis, some of the things that were discussed there by Don Smyth, attitudes of kids towards decriminalization of cannabis, and a whole host of other things. As the discussion progresses, maybe you will have some of these questions left over and you might want to try me with those.

But the major focus is much sharper than that. It has to do with a survey conducted very recently, in February and March of this year. It was a public opinion survey conducted by Environics Research Group for the Addiction Research Foundation. It was the usual kind of thing, in a sense. It was a telephone interview—quite an extensive interview—of just over 1,000 respondents from throughout Ontario 15 years of age and over; a typical kind of survey. It has the same sort of problems as any public opinion survey has. It does not tell you an awful lot, because you are limited to the sorts of questions you can ask. The number of questions is limited by things having to do with the validity and the reliability of people's responses. How willing are they to "fess up" to things that might not be particularly looked upon with favour, or might even be criminal behaviour, if it is a

## [Traduction]

particulièrement intéressants jusqu'à présent. Si l'on en croit les rapports de nombreuses expériences, il semble que bon nombre d'adolescents doivent subir deux ou trois traitements avant d'obtenir des résultats satisfaisants. Certains de ceux que vous avez rencontrés à Ottawa, par exemple, ont suivi plusieurs programmes.

**Le président:** Monsieur Smyth, nous vous remercions beaucoup pour le témoignage que vous avez présenté aujourd'hui devant le Comité.

La parole est maintenant à M. Goodstadt. Monsieur Goodstadt, votre nom a été mentionné à plusieurs reprises ce matin et cet après-midi, et nous attendons votre témoignage avec impatience.

**Dr Michael S. Goodstadt (directeur, Programme de recherche en matière d'éducation, Fondation de la recherche sur la toxicomanie):** Je suis heureux d'être ici cet après-midi, et je vous remercie de me donner l'occasion de m'entretenir avec vous. J'ai entendu les gens murmurer autour de moi et quelqu'un a dit que j'avais les renseignements pertinents à cette discussion.

J'aimerais plus précisément parler aujourd'hui de l'opinion publique en Ontario au sujet de l'alcool et des autres drogues. Avant de commencer, j'aimerais signaler ce que vous savez déjà probablement, étant donné que plusieurs personnes ont mentionné cette recherche que nous avons effectuée à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, que, depuis 1968, nous étudions systématiquement l'usage de la drogue parmi les adolescents. Récemment, depuis 1977, nous pratiquons des sondages tous les deux ans sur un échantillon aléatoire d'étudiants choisis parmi les élèves de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> année, dont l'objectif est d'examiner, de sonder et de tenter de documenter les tendances en matière d'utilisation des drogues chez les jeunes de tous les milieux de l'Ontario. Nous étudions d'autres types de questions se rapportant à l'usage de drogue, telles que les raisons pour lesquelles les jeunes consomment du cannabis, certains des aspects abordés par Don Smyth, les attitudes des jeunes face à la décriminalisation du cannabis et toute une foule d'autres questions. Vous pourrez me poser les questions qui vous viendront à l'esprit et qui sont restées sans réponse au cours de la discussion.

Toutefois, nous nous concentrerons sur un sondage effectué très récemment, aux mois de février et de mars de cette année. Il s'agit d'une enquête d'opinion publique réalisée par *Environics Research Group* pour la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. C'était, dans un sens, une enquête ordinaire qui a consisté à interroger par téléphone, de manière assez approfondie, un peu plus de 1,000 répondants de 15 ans et plus, dans toute la province de l'Ontario. C'était une enquête tout à fait ordinaire. On y a rencontré le même type de problèmes que dans toutes les autres enquêtes d'opinion publique. L'enquête ne nous a pas appris grand-chose, étant donné que nous étions limités par le type de questions que nous pouvions poser. Le nombre de questions est limité par certaines considérations propres à la validité et à la fiabilité des réponses. Dans quelle



[Text]

question of illicit drugs? There would be problems with people not being there when you want to try to get hold of them, in terms of getting a random sample. It is hard even if you do very careful sampling for these kinds of surveys. And the results are always within plus or minus. . . in this case three percentage points of any figure we give you, more or less. It is the same sort of thing as Gallup does, except I point out it was not conducted by Gallup but by a different company.

So this is what I wanted to talk to you about today. The purpose of this survey, in contrast to the other surveys we have conducted, especially with children and adolescents, is to try to get a snapshot. This is not the first snapshot we have taken for the Addiction Research Foundation over the years. We have done this a couple of times before, but this is the first time it has been done so extensively throughout the province.

• 1600

I will be talking about a few of the issues which are raised in it, but I am particularly interested in the perceptions that people have regarding alcohol, and prescription, over-the-counter drugs and illegal drugs. What is it that people have in their minds when they think about these things and what is their opinion about the size of the problem in Ontario, especially in their communities?

You have a report in front of you which is divided into five parts. Perhaps you have had a chance to glance at it. The first part consists of a few words dealing with the survey methodology, which I have dealt with already. Then there is a section dealing with public concerns around alcohol and drug use in the most general way. We move on to talk about the more detailed perceptions the public has about alcohol and other drugs, especially as these relate to their own communities. In addition, there is a little section dealing with personal contact and experience around alcohol and other drug problems.

In the conclusions on page 7, the first thing which is very clear is that people have off the top of their heads a very high degree of awareness and stated concern about alcohol, illegal, prescription and over-the-counter drugs. Secondly, many people report that their friends or their families have had problems with these drugs. Now, this is in marked contrast to their own stated confession about their problems around alcohol and these other drugs. We find that over 90% of the people denied they have ever had problems with alcohol, illicit drugs and over-the-counter drugs. However, 60% of the people report that their friends or family have had problems with alcohol, for example. Perhaps they all have the same family and

[Translation]

mesure les répondants acceptent-ils «d'avouer» des pratiques qui ne sont pas particulièrement bien vues ou qui peuvent même être considérées comme criminelles lorsqu'il est question de drogue illicite? Il y a le problème, dans le cas d'un échantillon aléatoire, des gens qui ne sont pas là au moment où l'on cherche à entrer en contact avec eux. C'est difficile, dans ce type de sondage, même si l'on établit très soigneusement un échantillon. Et les résultats sont toujours fournis sous réserve d'une marge d'erreur. . . Dans ce cas, il faut appliquer une marge d'erreur de 3 p. 100, en plus ou en moins, pour tous les chiffres que nous donnons. C'est la même chose que pour les sondages Gallup, mais je dois préciser que notre sondage a été effectué par une autre maison.

Voici ce dont je veux vous parler aujourd'hui. L'objectif de cette enquête, contrairement à celui des autres enquêtes que nous avons réalisées, en particulier auprès d'enfants et d'adolescents, est de réaliser un sondage ponctuel. Ce n'est pas le premier sondage ponctuel que nous ayons réalisé depuis quelques années pour la Fondation de la recherche sur la toxicomanie. Nous en avons déjà fait deux auparavant, mais c'est la première fois que le sondage porte sur une base aussi élargie à travers la province.

Je vais aborder certaines des questions qui ont été soulevées dans le sondage, mais je suis particulièrement intéressé par les impressions des gens face à l'alcool et face aux médicaments d'ordonnance, aux médicaments en vente libre et aux drogues illégales. Comment les gens réagissent-ils à tout cela et quelle est, selon eux, l'ampleur du problème en Ontario, en particulier dans leur localité?

Vous avez devant vous un rapport composé de cinq parties. Vous avez peut-être déjà eu l'occasion de le parcourir. La première partie présente quelques renseignements sur les méthodes d'enquête dont j'ai déjà parlé. Ensuite, vient une section qui traite d'une manière extrêmement générale des inquiétudes de la population face à l'usage de l'alcool et des drogues. Le rapport étudie ensuite de manière plus détaillée les diverses perceptions des gens face à l'alcool et aux autres drogues, en particulier au sein de leur localité. A cela vient s'ajouter une petite section consacrée aux expériences personnelles avec les problèmes de l'alcool et de la drogue.

Dans les conclusions présentées à la page 7, on est frappé immédiatement par le fait que les gens sont au premier abord, tout à fait au courant de l'usage de l'alcool, des drogues illégales et des médicaments d'ordonnance et en vente libre, et qu'ils s'en préoccupent. Deuxièmement, nombreux sont les répondants qui signalent que certains de leurs amis ou certains membres de leur famille ont eu des problèmes avec ces drogues. Voilà qui contraste nettement avec les déclarations des répondants relativement à leurs propres problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie. D'après l'enquête, plus de 90 p. 100 des répondants ont déclaré ne jamais avoir eu de problème avec l'alcool, les drogues illicites et les



## [Texte]

friends, but I suspect not. When you look at the data for the illicit drugs, it is quite surprising that 24% of the people report that friends or family of theirs have had problems around illegal drugs and 17% have had problems around prescription and over-the-counter drugs.

Therefore, it is typical in surveys to find people saying that they do not have a problem, they do not need any more knowledge and they are well-informed, but lots of other people have problems and need to be better informed. What that does is indicate the degree of personal experience with these drugs, even with a very simple type of question like this.

It is quite clear that people are not just concerned about illegal drugs and young people. They seem perfectly aware of and prepared to identify problems having to do with alcohol, and especially prescription and over-the-counter drugs. We were quite surprised that this was so high up in people's specific concern about drugs in their communities, and this was not, as you might expect, prescription and over-the-counter drug use by the typical teenaged drug abuser.

We asked who they thought was abusing these drugs, and they responded by saying that it was females using tranquilizers, young adults using the over-the-counter drugs, and not just teenagers. I think that is important, because it shows that people do have a breadth of knowledge when it comes to their perception of drug problems.

• 1605

Another point that I think is quite important is that for alcohol problems, for over-the-counter drug problems, for illicit drug problems, people do not see that things have been getting any better. About 30% or 40%, depending on which drug we are talking about, perceive the problems have been getting worse in their communities within the last five years, and only about 5% to 10% think that things have been getting better.

You could look at the data, and I think it is really quite important to interpret the data properly; that is, as well as one can. One way you can look at the data is by looking at the results in terms of whether we expected those results or did not expect the results. Are they surprising or not surprising?

I have already indicated that I am quite surprised, and I think other people are, at the level of concern in the population out there regarding prescription and over-the-

## [Traduction]

médicaments en vente libre. Alors que, par exemple, 60 p. 100 des répondants signalent que certains de leurs amis ou certains membres de leur famille ont eu des problèmes avec l'alcool. Je doute fort qu'ils appartiennent tous à la même famille ou qu'ils aient tous les mêmes amis. Quand on consulte les données concernant les drogues illicites, on est surpris de constater que 24 p. 100 des répondants déclarent que leurs amis ou certains membres de leur famille ont connu des problèmes dus à l'usage des drogues illégales et que 17 p. 100 d'entre eux ont eu des problèmes liés à des médicaments d'ordonnance ou en vente libre.

En conséquence, il n'est pas rare de rencontrer, lors des sondages, des répondants qui déclarent ne pas avoir de problème et être bien informés, mais qui connaissent par contre beaucoup d'autres personnes qui, elles, connaissent des problèmes et auraient besoin d'être mieux informées. Une question très simple comme celle-là révèle le degré d'expérience personnelle des répondants avec ces drogues.

Il est clair que les gens ne se préoccupent pas uniquement des drogues illégales et des jeunes. Ils connaissent pertinemment les problèmes que posent l'alcoolisme et en particulier certains médicaments d'ordonnance et en vente libre, et sont prêts à les identifier. Nous avons été assez surpris de constater à quel point les gens se préoccupaient de l'usage des drogues dans leur localité et leurs inquiétudes ne se limitaient pas, comme vous avez peut-être tendance à le croire, à l'usage que font les jeunes toxicomanes des médicaments d'ordonnance et en vente libre.

Nous leur avons demandé qui, selon eux, faisait un usage immodéré de ces drogues et ils ont mentionné, non seulement les adolescents, mais également les femmes qui font usage de tranquillisants et les jeunes adultes qui utilisent les médicaments en vente libre. Cela me paraît important, car on s'aperçoit que les gens sont bien informés sur le problème de la toxicomanie.

Un autre point qui me paraît important, est que les répondants estiment qu'il n'y a pas eu de progrès en ce qui a trait aux problèmes liés à l'alcoolisme, à la consommation de médicaments en vente libre et à la consommation de drogues illicites. Selon la substance concernée, environ 30 à 40 p. 100 des répondants estiment que la situation a empiré dans leur localité au cours des cinq dernières années et seulement 5 à 10 p. 100 environ jugent que les choses se sont améliorées.

Vous pouvez consulter les données et je crois qu'il est vraiment important de les interpréter de manière appropriée, c'est-à-dire de la manière la plus attentive possible. On peut par exemple consulter les données en se demandant si les résultats sont conformes ou non à ce que l'on attendait. Les résultats sont-ils surprenants ou, au contraire, conformes aux prévisions?

J'ai déjà indiqué que j'avais été assez surpris, et je crois que je ne suis pas le seul, par le degré de préoccupation manifestée par la population au sujet des médicaments

## [Text]

counter drugs. That is surprising, and we can come back to some of the implications of that.

It does not entirely surprise us, I do not think, that people are concerned about problem drinking in general, and specifically about drinking and driving. This is a positive thing to hear. We like to hear that they are concerned. It would suggest that some of the things that have been going on in the last 5 or 10 years have maybe been having some effects in those areas.

A point that is quite significant is that people are very conscious of cocaine use and the use of crack. When we ask them which drug comes to mind when you think of drug abuse—I think that was almost exactly the way the words were stated, it is in the report the way the question was actually phrased—cocaine and crack came right off the top. We are talking about illegal drugs here, and this is followed further down by marijuana and hashish.

So right off the top, cocaine and crack is up there. But when you move down to talk about the drugs that are causing problems in their communities, then things are reversed. A little more realism comes into play here: marijuana and hashish are perceived as the drugs that are causing the most problems in their community, followed later on by crack and cocaine.

There is still evidence that people have an exaggerated perception of the use of crack and cocaine in particular in their community—not so much the other drugs. The other drugs, yes, but I think the figure indicates that something like 35% of the people think that crack and cocaine are used widely in their communities, which probably is inaccurate. I am sure that it is an inaccurate perception. Crack and cocaine are just not used that widely in Canadian society. There are some figures around. From the kids' surveys, for example, cocaine is used by only 2% or 3%, and I think in the adult population it is probably even lower than that, adults across the board.

I am just trying to get the precise figure here for you—24% of the respondents feel that cocaine or crack is causing the biggest problem in their community, and 33% think that cocaine and crack are used widely. I would like to suggest that is a misperception, and some people might think it is a wonderful misperception, because it allows you a sort of licence or an opportunity to go out there and capitalize on that perception. You can get people worked up to do something about crack and cocaine. But from our point of view it probably is a misperception, because it does not fit in with the facts. Crack and cocaine are not being used that widely, and if one were to put one's energy in that area, at the expense of other drugs, your

## [Translation]

d'ordonnance et offerts en vente libre. C'est assez surprenant et nous pourrions revenir par la suite sur les conséquences de ces observations.

Je crois que nous ne sommes pas vraiment surpris que les gens s'inquiètent des problèmes causés par l'alcoolisme en général, et en particulier par les problèmes de l'alcool au volant. C'est une constatation positive. Cela fait plaisir de constater que les gens sont préoccupés par le problème. J'ai l'impression que certains événements qui ont eu lieu depuis cinq ou dix ans n'ont pas été sans effets sur l'opinion de la population dans ce domaine.

Il est très important de noter que les gens sont très au courant de l'usage de la cocaine et du «crack». Lorsqu'on a demandé aux répondants de citer les drogues qui leur venaient à l'esprit lorsqu'on parle de toxicomanie, je crois que ces deux drogues ont été mentionnées exactement dans cet ordre. Le rapport donne le libellé exact de la question et cite la cocaine et le crack comme les substances mentionnées en premier lieu. Nous parlons ici des drogues illégales et les drogues mentionnées par la suite étaient la marijuana et le hashish.

Par conséquent, la cocaine et le crack sont les drogues qui viennent immédiatement à l'esprit. En revanche, quand on demande aux répondants de parler des drogues qui causent des problèmes dans leur collectivité, la situation est inversée. Les répondants font preuve d'un peu plus de réalisme et citent tout d'abord la marijuana et le hashish comme les drogues qui causent le plus de problèmes dans leur collectivité, puis le crack et la cocaine.

Il est toujours évident que les gens ont une perception exagérée de l'usage du crack et de la cocaine, en particulier dans leur localité, ce qui n'est pas le cas pour les autres drogues. Les autres drogues également, mais il me semble que les chiffres indiquent qu'environ 35 p. 100 des répondants estiment que le crack et la cocaine sont d'un usage répandu dans leur localité, ce qui est probablement faux. Je suis convaincu que cela est faux. L'usage du crack et de la cocaine n'est certainement pas si répandu dans la société canadienne. Il y a des chiffres à ce sujet. Par exemple, les sondages réalisés auprès des jeunes révèlent que seulement 2 à 3 p. 100 d'entre eux consomment de la cocaine et je crois que les chiffres sont même encore plus bas chez les adultes, tous milieux confondus.

J'essaie de définir un chiffre précis... 24 p. 100 des répondants estiment que la cocaine ou le crack sont à l'origine des problèmes les plus graves de leur collectivité et 33 p. 100 jugent que la consommation de la cocaine et du crack est très répandue. Cela est, à mon sens, une perception fautive et certains peuvent penser qu'il s'agit là d'une aubaine dont il faudrait profiter pour inciter les gens à combattre l'usage de la cocaine et du crack. Cependant, à notre point de vue, c'est probablement une conception erronée qui n'est pas vérifiée par les faits. La consommation du crack et de la cocaine n'est pas aussi répandue et si l'on décidait de concentrer nos énergies dans ce domaine, au détriment des autres drogues, nos



## [Texte]

priorities would probably be wrong. I will come back to that point in a minute.

Perceptions do differ as a function of respondents' socio-demographic characteristics, where they came from, their age, their gender, their income, the type of job, and so on. That does occur, and I pointed out some of those. For example, the younger group of respondents, those 15 to 24 years of age, perceive that marijuana and hashish are not such a serious problem, or fewer of them indicate that they are a serious problem in their communities compared to the older people. I am not terribly surprised at that; they might in fact have the more realistic perception about the size of the problem.

There are also gender differences in terms of seeing problems. For example, women are more concerned about over-the-counter drugs than are males—again, perhaps more realistically, although we should all be concerned whether females are the victims of tranquilizer abuse rather than males, but it is the case that there are gender differences there.

• 1610

There are also some differences in terms of geographic locations, so that in the north they seem to be more concerned about drinking than in the south. This again might reflect reality, but certainly the data from adolescent surveys indicate that alcohol is more heavily used and probably abused in the north than it is in other parts of the province.

There are these differences and they are important, but what is also striking is the lack of differences on many occasions. Across the board, for example, I think I use the example in here that over 80% over everybody is concerned about drinking problems or drinking-and-driving problems. You get fluctuations within that so that it involves more of the older people, say, 90% or something, but everybody is very highly concerned about some issues and sometimes it is almost uniform. I think this is important; it suggests to me some consensus out there which you can capitalize on.

This brings me to the next point: what use is this? What we would like to do with this kind of data, and we will mention future data in a minute, is it will help us to identify the public's perceived needs. Now, sometimes those needs are out of whack with reality, they are out of line with reality, but I think it is very important if you are going to do anything about trying to change people's behaviour and perceptions—trying to in a sense market health, for example, or trying to do anything that influences people—that we have to first of all know where

## [Traduction]

priorités seraient probablement mal placées. Je reviendrai là-dessus un peu plus tard.

Les perceptions des répondants ne varient pas en fonction de leurs caractéristiques socio-démographiques, en l'occurrence leur origine, leur âge, leur sexe, leur revenu, le type d'emploi qu'ils occupent et ainsi de suite. Cela arrive parfois et, à titre d'exemple, je peux vous dire que les jeunes répondants de 15 à 24 ans estiment que la consommation de marijuana et de hashish n'est pas un problème grave et ils sont moins nombreux que les répondants plus âgés à signaler que les consommateurs de ces drogues constituent un problème grave pour leur collectivité. Cette réponse ne me surprend pas vraiment; ces répondants ont peut-être la perception la plus réaliste quant à l'ampleur du problème.

D'autre part, les répondants des deux sexes ne perçoivent pas les problèmes de la même manière. Par exemple, les femmes se préoccupent plus que les hommes de l'usage de médicaments en vente libre. . . là encore, il s'agit peut-être d'une réaction plus réaliste. Nous devons peut-être nous inquiéter du fait que les femmes sont plus enclines que les hommes à abuser de tranquillisants, mais nous sommes obligés de constater qu'il existe une différence de perception selon le sexe.

Les réponses varient également selon l'emplacement géographique du répondant et, dans le Nord, l'alcoolisme semble poser plus de problèmes que dans le Sud. Là encore, cette perception traduit la réalité, mais les données provenant d'enquêtes réalisées auprès d'adolescents révèlent que la consommation d'alcool est beaucoup plus élevée dans le Nord que dans les autres parties de la province et qu'elle donne lieu probablement à certains abus.

Il existe beaucoup d'autres différences et elles sont importantes, mais on est frappé par ailleurs à plusieurs reprises, par la cohésion des réponses. Par exemple, toutes catégories confondues, je crois que j'ai déjà cité l'exemple, plus de 80 p. 100 des répondants se préoccupent des problèmes d'alcoolisme ou d'alcool au volant. Bien entendu, on note quelques fluctuations selon que les répondants sont des personnes âgées, auquel cas les réponses se chiffrent à 90 p. 100 environ, mais certaines questions semblent grandement préoccuper tous les répondants et parfois de manière pratiquement uniforme. Je crois cette constatation est importante; elle révèle, d'après moi, un certain consensus dont nous pouvons tirer parti.

Voilà qui m'amène au point suivant: à quoi cela sert-il? Nous aimerions utiliser ce type de données, je mentionnerais plus tard d'autres types de données, pour nous aider à identifier les besoins tels que perçus par la population. Il arrive parfois que ces besoins n'aient aucun rapport avec la réalité, mais je crois qu'il est très important, lorsque l'objectif est de modifier le comportement et les perceptions des gens. . . par exemple lorsqu'il s'agit de donner à la population de meilleures habitudes de santé ou de l'influencer dans un certain



*[Text]*

those people are, know the sorts of things they want, the needs that they perceive to be most important. It helps us to do that. Secondly, I think it helps us to identify the potential motivational and behavioural support that exists out there so that we know, in a sense, who our allies are or where those strong points are, where there is strong support.

For example, if we were to think about doing something related to over-the-counter drugs, prescription drugs, we might without this data say what we need is a three-year program to try to raise levels of awareness about the problems in relation to these drugs. These data would suggest that we could probably cut that short by, say, two years and start building directly on where people are at the present time. This should help in identifying our allies and getting people among the general public on board who in a sense are already on board, and this would help enormously in developing and implementing programs between the foundation or other government bodies which other agencies or arms of government, provincial or federal, might undertake and also community groups would undertake.

The third thing the research should help us to do is to identify areas where education might be needed to correct the public's or various subgroups of the public's misperceptions around drugs and the sort of priority that might be given to drugs. I have already said enough about the misperceptions around cocaine and crack use. Further studies will be undertaken. It is intended to undertake further studies to identify a number of other things. Obviously, with just a snapshot, as I pointed out, what you get is just a picture at one point in time. You do not have the longitudinal trends which other studies would allow you to look at so you could see trends, changes, in the public's perceptions over time.

We would also want to do something which is more in-depth than this so that we would focus on such things as the nature and the extent and the perceived seriousness of the problems. We talked about problem drinking; we have not explored in this what people mean by problems. Do they see problems which are very serious problems as opposed to other minor irritants? There may be beer bottles lying around. That might be a minor irritant that they see; it is a pollution problem. It is not a big problem, but it might be a big problem which they see manifested, for example, through family disruption or problems at work which are really causing serious problems in a community. We would like to explore the nature, the extent and seriousness of these problems having to do with these alcohol, illegal and prescription over-the-counter drugs in different communities.

*[Translation]*

sens... il est très important, dis-je, de localiser les personnes-cibles, de savoir ce qu'elles veulent, d'identifier les besoins qu'elles jugent les plus importants. Cette démarche est utile. Deuxièmement, je crois qu'il est utile de définir les motivations et les comportements sur lesquels nous pouvons, dans un sens, compter, définir qui sont nos alliés, préciser où se trouvent les points positifs et les appuis véritables.

Par exemple, si nous prenons le cas d'un programme de lutte contre la consommation excessive de médicaments en vente libre ou d'ordonnance, on pourrait, sans connaître ces données, estimer avoir besoin d'un programme de trois ans pour faire prendre à la population mieux conscience des problèmes liés à ces médicaments. En revanche, connaissant ces données, on pourrait probablement réduire la période d'application de deux années et intervenir directement auprès des personnes concernées. De telles données nous permettraient de reconnaître nos alliés et de nous assurer la collaboration de certains membres du grand public qui, dans un certain sens, sont déjà concernés, et cela nous serait d'un grand secours pour élaborer et mettre en oeuvre des programmes conjoints entre la fondation ou d'autres organismes du gouvernement, que d'autres services ou organes du gouvernement provincial ou fédéral ainsi que certains groupes communautaires pourraient entreprendre.

Troisièmement, la recherche peut être utile pour identifier les secteurs dans lesquels il faudrait peut-être intervenir pour rectifier les perceptions erronées de la population ou de divers sous-groupes de la population relativement aux drogues et aux types de priorité que l'on devrait leur accorder. J'ai déjà suffisamment parlé des conceptions erronées que l'on a notées au sujet de la cocaïne et du crack. D'autres études seront entreprises. Nous avons l'intention d'entreprendre d'autres études afin de tirer au clair un certain nombre d'autres aspects. Bien entendu, comme je l'ai mentionné, une simple enquête sélective ne peut nous donner qu'un tableau ponctuel. Une telle enquête ne fait pas état des tendances longitudinales que fournissent d'autres études qui permettent de définir les tendances et l'évolution des perceptions de la population au fil du temps.

Nous aimerions également effectuer une étude plus approfondie qui nous permettrait d'étudier plus en détail certains points tels que la nature et la portée des problèmes, ainsi que leur gravité, telle que perçue par la population. Nous avons parlé de l'alcoolisme; nous n'avons pas déterminé ce que les gens considéraient comme un problème. Prennent-ils conscience des problèmes graves ou s'arrêtent-ils à des détails? Chez un alcoolique, il peut arriver que les bouteilles de bière traînent partout. C'est peut-être un petit détail; c'est un problème de pollution. Ce n'est pas un gros problème mais cela peut le devenir, par exemple s'il entraîne des disputes au sein de la famille ou des problèmes sur le lieu de travail, qui risquent d'avoir une incidence grave sur la collectivité. Nous aimerions étudier la nature, la portée et la gravité des problèmes liés à l'usage de l'alcool, des

[Texte]

I think it is also important and I hope future studies would allow us to start looking at where people's perceptions come from: if they have perceptions which we as scientists, as researchers, might say are fairly realistic—they see or they are stating that there is not a big problem, they are stating that few people in the community are using or abusing crack or cocaine, something like that. Where does that come from? Is it based on the fact that a young kid might say he uses pot? That is not a problem. Is it based on sound knowledge that few kids are abusing cannabis, few kids relatively speaking are using cannabis and few are abusing it?

• 1615

There are different bases for a person's perception, even when that perception might appear to be correct. Conversely, what are the bases for their misperceptions? Where are they getting the misperceptions? Is it because of the hype through the popular media? Is it based on ignorance? They believe certain drugs will produce certain things, for example, that a particular drug will rot your brain when we know it does not rot your brain. It might do some other things, but it does not do that.

I think most importantly, in the future we want, through studies of various kinds, but including this kind of study. . . It is not, as I say, a big scientific study; surveys are not like that, because they do not include controlled groups. How can education, public policies and other programs build on people's perceptions and their concerns about the communities? In what way can you take people's perceptions and use those, perhaps by involving the community more actively?

I know you heard from various people from the community this morning. You will hear from more tomorrow. This kind of information should be the sort of thing they could use to help develop their own programs.

That is by way of summary. In the report itself, there are more figures which I think substantiate what I have tried to say in my conclusions. Perhaps I will leave it at that and see what sorts of questions it brings up. Thank you very much.

**The Chairman:** Thank you very much, Dr. Goodstadt. Mr. Grondin.

**Mr. Grondin:** In the future studies to be undertaken to identify the nature and extent of the seriousness of the problems, the bases of people's realistic perceptions and

[Traduction]

drogues illégales et des médicaments d'ordonnance ou en vente libre, dans différentes collectivités.

Je crois qu'il est également important de connaître l'origine des perceptions de la population et j'espère que d'autres études seront consacrées à ce sujet: il faudrait se demander si les gens ont des perceptions qui nous paraissent relativement réalistes à nous autres, scientifiques et chercheurs. . . lorsqu'ils déclarent, par exemple, qu'il n'y a pas de problèmes graves, que les amateurs de crack ou de cocaïne sont peu nombreux dans la collectivité, etc. D'où cette perception provient-elle? Est-elle basée sur le fait qu'un jeune déclare faire usage de marijuana? Cela n'est pas un problème. Est-elle fondée sur des données fiables indiquant que certains jeunes abusent du cannabis, que certains jeunes, relativement parlant, font usage de cannabis et que quelques autres en abusent?

Une perception peut s'appuyer sur différents éléments, même si cette perception peut paraître correcte. Inversement, quels sont les éléments sur lesquels se fondent les conceptions erronées? D'où proviennent les conceptions erronées? Proviennent-elles du battage publicitaire que font les journaux populaires? Sont-elles dues au manque d'information? Certaines personnes croient que les drogues ont des effets caractéristiques, par exemple, que telle ou telle drogue peut entraîner une dégénérescence du cerveau, alors que nous savons pertinemment que ce n'est pas le cas. La drogue peut avoir d'autres effets, mais pas celui-là.

J'estime surtout que dans l'avenir, nous devons grâce à différentes études, mais surtout à ce type d'études. . . Il ne s'agit pas, comme je l'ai dit, d'une étude hautement scientifique; les enquêtes ne sont pas des études scientifiques, parce qu'elles ne portent pas sur des groupes contrôlés. Comment l'éducation, les politiques publiques et les autres programmes peuvent tirer parti des perceptions de la population et de leurs préoccupations au sujet des collectivités? Comment peut-on utiliser les perceptions des gens afin de les inciter à oeuvrer plus activement au sein de leur collectivité?

Je sais que vous avez entendu, ce matin, plusieurs témoins de la collectivité. Vous en entendrez d'autres demain. Ce type d'information pourrait leur servir à élaborer leurs propres programmes.

Je vous ai présenté une sorte de résumé. Le rapport lui-même contient d'autres chiffres qui confirment, je crois, ce que j'ai essayé de présenter dans mes conclusions. Je vais peut-être m'en tenir à cela et tenter de répondre aux questions que mon exposé a fait naître chez vous. Merci beaucoup.

**Le président:** Merci beaucoup, monsieur Goodstadt. Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Dans les études qui doivent être entreprises ultérieurement pour identifier la nature et la portée de la gravité des problèmes, l'origine des



[Text]

other items, are those the main problems and perceived needs you identified in your survey?

**Dr. Goodstadt:** Do you mean are they the focus of the survey?

**Mr. Grondin:** I would like to know the main perceived needs identified in the the survey.

**Dr. Goodstadt:** There are some general ones. For example, the questions in the survey I was dealing with address the issue in a general sense. What is their perceived need about alcohol and other drugs? Right off the bat, it is very clear people are more concerned about alcohol and other drugs, including prescription drugs, than they are about some issues which we might have expected to be higher on the hierarchy.

For example, they are more concerned about those drugs than they are about the harmful effects of smoking. They are more concerned about those things than they are about reducing air and water pollution. There is a very high degree of perceived need. Going into the community, where I have tried to talk about the findings, all these questions are pointing to the individual or the community in Ontario, in this case, and their perceived needs.

There are other questions asked in the survey which I have not included here and about which I do not know as much. They have to do with specific things such as the types of perceptions people have about education programs in schools, workplace programs, and more specifically about the efforts of the Addiction Research Foundation over time. From our point of view, it would identify some very clear types of things.

It is inconceivable people would not know the Addiction Research Foundation, but if they did not, it would tell us there were some specific things we had to do in terms of marketing.

**Mr. Grondin:** What would be the best way for the federal government to intervene and fight the problem of drugs and alcohol? You had a large survey. Even if there were only 1,000 respondents, you said it was not a Gallup poll. I hope it was not an Angus Reid poll either.

• 1620

**Dr. Goodstadt:** It was not either. I think I am allowed to say, by the way, that the data I presented here today is Ontario data. It is my understanding that the data at the same time was collected nationally, so the same data does exist nationally. We do not own that data. I hope I am not giving away secrets here. I believe the federal government owns that data.

[Translation]

perceptions réalistes des gens et d'autres aspects, est-ce qu'il s'agit des principaux problèmes et perçus par la population, qui ont été révélés par votre enquête?

**Dr. Goodstadt:** Vous voulez savoir s'ils font l'objet de l'enquête?

**M. Grondin:** Je voudrais savoir quels sont les principaux besoins perçus que votre enquête a révélés.

**Dr. Goodstadt:** Certains besoins sont d'ordre général. Par exemple, les points de l'enquête auxquels je faisais allusion concernent la question dans un sens général. Quels sont les besoins tels que perçus par les répondants en ce qui a trait à l'alcool et aux autres drogues? D'emblée, il est très clair que les gens sont plus préoccupés par l'usage de l'alcool et des autres drogues, y compris des médicaments d'ordonnance, que par d'autres questions qui, à notre sens, auraient occupé une place plus prépondérante.

Par exemple, les répondants s'inquiètent plus de l'usage des drogues que des effets nocifs du tabac. Ils se préoccupent plus des drogues que de la pollution de l'air et de l'eau. Le besoin perçu est très élevé. Au niveau de la collectivité, perspective à partir de laquelle j'ai tenté de présenter les résultats, toutes ces questions nous ramènent à l'individu ou à la collectivité de l'Ontario, dans le cas qui nous préoccupe, ainsi qu'à leurs besoins, tels qu'ils les perçoivent.

L'enquête pose d'autres questions que nous n'avons pas mentionnées et sur lesquelles nous ne sommes pas aussi bien renseignés. Nous devons nous contenter de certains éléments tels que la façon dont les gens perçoivent les programmes d'éducation en place dans les écoles et sur le lieu de travail, et plus particulièrement des efforts réalisés par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie au fil des années. A notre avis, on peut définir certains éléments très précis.

Il est inconcevable que les gens ne connaissent pas la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, mais, si c'était le cas, cela nous indiquerait qu'il nous reste du chemin à faire en matière de marketing.

**M. Grondin:** Quelle serait la meilleure manière pour le gouvernement fédéral d'intervenir et de lutter contre la toxicomanie et l'alcoolisme? Vous avez entrepris une vaste enquête. Même si vous n'aviez que 1,000 répondants, vous avez précisé qu'il ne s'agissait pas d'une enquête Gallup. J'espère que ce n'était pas non plus une enquête de la maison Angus Reid.

**Dr. Goodstadt:** Pas du tout. Je pense être autorisé à dire, d'ailleurs, que les données que j'ai présentées ici, aujourd'hui, portent sur l'Ontario. Je pense avoir compris qu'à l'époque, les données furent recueillies à l'échelle nationale et qu'on possède donc des données analogues pour l'ensemble du pays. Nous ne sommes pas propriétaires de ces données. J'espère ne pas trahir un secret, mais je pense que c'est le gouvernement fédéral qui en est le propriétaire.



## [Texte]

So you would appear to get a national picture of the same kinds of things as I have been reporting here today. The sort of thing the federal government can do—and I have been listening to what Don said, and I am sure other people have said it too—is obviously trying to facilitate what is happening at other levels of government, certainly at the community level.

In this case, what the federal government was clearly able to do was to sponsor financially parts of this study so that we could get a more detailed picture of the needs in this case. I do not apologize for the level of sophistication or lack of sophistication of this picture that I am presenting here today. It is a very elementary picture as a first picture of what is going on in people's heads around the country. The federal government clearly could pursue that, and through financial support and so on encourage the more detailed needs assessment of what is going on in the country as a whole in this particular case, trying to get inside people's heads—what is the motivation, what are the perceptions.

In the same way, there is another survey which has just been reported on. Health and Welfare just put out the health promotion survey report, which is trying to find out people's attitudes, motivations, and behaviour in relation to various health promotional alternatives, such as fitness, nutrition—those kinds of things. This might not seem very profound, but this by itself provides an enormous amount of information on the basis of which programmers should be able to make more intelligent decisions than we have in the past.

Having sort of seen this and been part of it over the years, I am not sure whether the federal government is in the best position actually to develop programs. They can certainly encourage, again through financial means and so on, the development of programs by local groups and provincial groups, and so on—schoolboards, etc. There are certain things that I have always felt they could do, such as co-ordinating things. Don has been trying to get a picture of what programs exist out there, and also evaluate them in terms of their potential effectiveness so that we know what is available.

I have heard a discussion in Ottawa about Bay Street setting out some multi-dimensional matrix of problems, target groups and resources. Here, I am personally mainly concerned with primary prevention, whatever form that takes, whether it is education or government action policies and legislation types of things. That kind of thing we have talked about and have heard discussed, but I do not think it has really happened at the federal level. I think that facilitating role—and I suspect that is really what a lot of people think the government maybe should do in this area—would be of enormous help to people.

## [Traduction]

Il semblerait donc qu'on puisse dresser un tableau national des mêmes phénomènes dont j'ai parlé aujourd'hui. Ce que le gouvernement fédéral peut faire... et j'ai écouté ce que nous a dit Don et je suis certain que d'autres personnes l'ont dit également... c'est, très clairement, de faciliter les efforts engagés par les autres paliers de gouvernement et, certainement, au niveau local.

Il est clair qu'en l'espèce, le gouvernement fédéral a pu subventionner certaines parties de cette étude afin que nous puissions disposer d'une description plus détaillée des besoins. Je ne cherche pas d'excuse pour le niveau de précision ou pour le manque de précision du tableau que je vous présente aujourd'hui. Il s'agit d'un tableau très élémentaire, d'une esquisse des sentiments et des opinions de la population de l'ensemble du pays. Il est certain que le gouvernement fédéral pourrait poursuivre cet effort et, en accordant des subventions et autres facilités, encourager une étude plus poussée des besoins dans ce domaine afin de parvenir à sonder la pensée des citoyens, c'est-à-dire leur motivation, essentiellement, et leurs perceptions.

De façon analogue, il existe une autre enquête qui vient d'être publiée. Santé et Bien-être social vient, en effet, de publier l'enquête sur la promotion de la santé, enquête qui cherche à cerner les attitudes, les motivations et le comportement de la population à l'égard des divers moyens de favoriser la santé, des moyens tels que l'alimentation, l'activité physique... enfin, les choses de ce genre. Cela ne semble peut-être pas aller très loin, mais cela fournit en soi une quantité énorme de renseignements sur la base desquels les responsables des programmes devraient être en mesure de prendre des décisions plus intelligentes que celles qui ont été prises dans le passé.

Puisque, en quelque sorte, j'observe ceci et j'y participe depuis des années, je puis dire que je ne suis pas certain que le gouvernement fédéral soit le mieux à même, à l'heure actuelle, d'élaborer des programmes. Il est clair qu'il peut encourager, encore une fois à l'aide de subventions et de moyens de cette sorte, l'élaboration de programmes par des groupes locaux ou provinciaux, par des conseils scolaires. Il y a certaines choses que, d'après moi, il a toujours été à même de faire et c'est, par exemple, la coordination des diverses activités. Don tente de dresser le tableau des programmes qui existent ici et là, de les évaluer quant à leur efficacité possible afin que nous puissions connaître les moyens qui existent.

J'ai entendu, à Ottawa, des gens parler du fait que les milieux financiers de Toronto étaient en train de dresser une matrice multidimensionnelle des problèmes, des groupes visés et des ressources disponibles. Pour ma part, je m'intéresse principalement à un effort de prévention à la base, quelle que soit la forme que cela puisse prendre, qu'il s'agisse d'éducation ou de politiques en matière d'action gouvernementale ou de dispositions législatives. Il s'agit, bien sûr, des choses dont nous avons entendu parler ici, dont il a été discuté, mais je ne pense pas que cela ait vraiment eu lieu au niveau fédéral. Je pense que ce rôle

[Text]

**The Chairman:** Mr. White.

**Mr. White:** I have two questions, Dr. Goodstadt. The first one has to do with the prescription of over-the-counter drugs. I was interested to read here that a third of the respondents are very concerned about reduced prescription of over-the-counter drugs. I find that surprising. I did not think people were that sensitive. In your opinion, is that sensitivity increased over the past say five years, ten years?

**Dr. Goodstadt:** Well, we do not have that data. That is where it would be nice if we had had some data earlier. Now, we do know that some things have changed. For example, the prescribing of tranquilizers over the last five years or ten years has declined significantly in this country. There clearly is more concern about that, and that particular category of drugs has been a focus. In some provinces it has been more of a focus than other places. It certainly has declined, I think, in Saskatchewan very, very significantly, partly as a result of the way they monitor the prescribing of drugs in Saskatchewan. But we do not have the sorts of base line data which would allow us to answer your questions directly.

**Mr. White:** As far as drinking and driving is concerned, more than 80% of all sub-groups indicated they are very concerned. Also, further on I believe 50% of all respondents were very concerned about problem drinking, without attaching that concern particularly to driving. Is it your opinion that there is a lack of awareness out there in the public's eye about the scope of the problem of alcohol abuse, besides driving and drinking? Should this be one of the areas, as you mentioned on the last page of your brief, in which education may be needed to correct the public's misperceptions?

**Dr. Goodstadt:** I am sure it is one of the things that should get attention. Yesterday I was at a conference, at which as part of the conference they had a panel of young high school students. These were, as they termed it themselves, very "preppy" high school students, as opposed to the rockers and so on. One of the students was a grade 12 student. They were talking about drinking and drinking and driving and stuff like that. They said that everywhere, and all groups including what appear to be the rockers and stuff like that, they are all dead against drinking and driving. That really seems to have gotten home. At most parties there is a designated drinker arrangement set up. A designated driver, I beg your

[Translation]

de facilitation... et je soupçonne que de nombreuses personnes pensent que, en ce domaine, c'est à cela que devrait se limiter l'action gouvernementale... serait d'une très grande utilité.

**Le président:** Monsieur White.

**M. White:** Docteur Goodstadt, j'ai deux questions. La première a trait à la prescription des médicaments en vente libre. J'ai appris avec intérêt qu'un tiers des répondants s'inquiètent de ce qu'ils considèrent comme un abus de produits pharmaceutiques. Je trouve cela surprenant. Je ne pensais pas que les gens s'en préoccupaient à ce point. À votre avis, est-ce que cette préoccupation a augmenté au cours des cinq dernières années, dix dernières années?

**Dr Goodstadt:** Eh bien, nous ne possédons pas de renseignements sur ce point. C'est un exemple des cas où il aurait été bon de disposer, plus tôt, de données à cet égard. Nous savons que certaines choses ont changé. Par exemple, la prescription de tranquillisants a baissé sensiblement dans l'ensemble du pays au cours des cinq ou dix dernières années. Il est certain que les gens s'intéressent davantage à la question et que cette catégorie de médicaments a retenu l'attention. Dans certaines provinces, on a accordé à cette question une importance plus grande que dans d'autres. Je pense que la consommation de ces médicaments a baissé de façon très, très importante en Saskatchewan, en partie à cause des moyens mis en oeuvre en Saskatchewan pour surveiller la prescription des médicaments. Mais nous ne possédons pas les données de référence qui nous permettraient de donner une réponse directe à vos questions.

• 1625

**M. White:** En ce qui concerne la conduite en état d'ébriété, plus de 80 p. 100 de l'ensemble des sous-groupes ont témoigné d'une vive inquiétude. Je pense également que 50 p. 100 de l'ensemble des répondants étaient fortement préoccupés par le problème de l'alcoolisme, sans relier cette préoccupation de façon directe à la conduite automobile. Êtes-vous d'avis que le public n'est pas vraiment au fait de l'étendue du problème de l'alcoolisme, si l'on fait abstraction du problème que pose la conduite en état d'ébriété? Est-ce qu'il conviendrait, ainsi que vous le dites dans la dernière page de votre mémoire, de faire un effort d'éducation afin de corriger les idées fausses que le public se fait sur cette question?

**Dr Goodstadt:** Je suis persuadé que c'est là l'une des choses auxquelles on devrait s'attacher. Hier, j'assistais à une conférence à laquelle participait un groupe de jeunes élèves secondaires. Ils se qualifiaient, eux-mêmes, de «bon chic, bon genre», par opposition aux *rockers*, aux *punks*, etc. Un des étudiants était en 12<sup>e</sup> année. Ils parlaient de la boisson et de la conduite en état d'ivresse et de choses pareilles. Ils ont dit que, partout, tous les groupes, y compris ceux qui semblaient appartenir aux *rockers* ou à d'autres groupes du même acabit, étaient tout à fait opposés à la conduite en état d'ivresse. Ils semblent vraiment avoir réfléchi à la question. À la plupart des parties, un des invités est désigné comme buveur de



[Texte]

pardon. It would be some fun if you had just a designated drinker; I think sometimes it is that way.

• 1630

The designated driver concept seems to have gotten across, but the student—and it was very striking—said they all drink like fish. This was a very smart A student, and he said they all drink like fish, but drinking and driving they do not do. Those of us in the audience who may not have been in the business too long, our ears perked up and we asked what they had just said. I think that in itself indicates a gross misunderstanding of what our concern about alcohol is—that it is not just public drunkenness and it is not just drinking and driving, but it is the other things we are concerned about.

At the extreme end we are concerned about morbidity-mortality related to it, but we are concerned about failure to reach one's optimal performance, for example, in school or in university. We are concerned about the association between alcohol and violence, especially within the family, and those sorts of things.

So yes, in answer to your question, I think one would break down the various aspects of alcohol problems and alcohol abuse, which would include things other than drinking and driving.

Obviously it would seem to me that having made progress in the drinking and driving field—and we take it for granted now, whereas 20 years ago I think a lot of people would have said, especially the young sort of macho or the equivalent male at that time, what do you mean, drinking and driving; of course we can drink and drive. I do not think they are likely to say... We have made real significant progress, as we have in the area of smoking. I think maybe we can use that as a jumping-off point somehow to branch out into some of the more significant areas of alcohol problems and alcohol abuse.

**Mr. White:** Thank you very much.

**The Chairman:** Perhaps there is one question then. In the design of the survey that you describe here on page 3, where you compare the public concerns regarding different issues, I guess what I am curious about is whether or not people were asked to state their issues of concern or whether they were given a bunch of issues and asked to say whether or not they were concerned about that given issue. There is quite a difference. To me, that really slants the study quite a bit.

For instance, what we see here in front of us, as you said there are nine issues expressed here; but of those nine

[Traduction]

service. Excusez-moi, je veux dire conducteur de service. Ce serait, certes, très amusant d'avoir un buveur de service; je pense qu'il en est peut-être parfois ainsi.

L'idée du conducteur désigné semble avoir fait son chemin, mais l'étudiant... et cela m'a frappé... a dit qu'ils buvaient tous comme des trous. Il s'agit d'un premier de la classe, très intelligent et, d'après lui, tous les étudiants boivent comme des trous, mais ils ne conduisent pas en état d'ébriété. Il y en avait parmi nous, parmi les spectateurs, qui manquent peut-être d'expérience, mais cela a réveillé notre attention et nous lui avons demandé de répéter ce qu'il avait dit. Je pense qu'en soi cela est un signe d'un très grossier malentendu de ce qui nous préoccupe à l'égard de l'alcool... c'est-à-dire que nous ne sommes pas simplement préoccupés par l'ivresse publique ou par la conduite en état d'ébriété, mais par d'autres choses aussi.

Dans les cas extrêmes, ce qui nous préoccupe, c'est la morbidité et la mortalité qui en découlent, mais également nous nous intéressons au fait que l'alcool peut empêcher, par exemple, à quelqu'un d'atteindre son plein rendement à l'école ou à l'université. Nous sommes préoccupés par le lien entre l'alcool et la violence, surtout au sein de la famille, et par ce genre de phénomènes.

Donc, oui, en réponse à votre question, je pense que l'on devrait analyser les divers aspects des problèmes que posent l'alcool et la consommation excessive d'alcool et cela comprendrait entre autres la conduite en état d'ébriété.

Il me semble clair qu'après avoir fait des progrès en ce qui concerne la conduite en état d'ébriété... et je pense que nous pouvons maintenant le prendre pour acquis, alors qu'il y a 20 ans je pense que beaucoup de personnes auraient dit, et surtout le jeune macho ou l'attitude équivalente pour un garçon de l'époque, mais la conduite en état d'ébriété, et alors? Bien sûr que nous conduisons en état d'ébriété. Je ne pense pas qu'ils auraient tendance à dire... Nous avons fait de réels progrès, comme nous en avons faits à l'égard de la cigarette. Je pense qu'on pourra peut-être utiliser cela comme point de départ pour attaquer certains aspects importants des problèmes liés à l'alcool et à la consommation abusive d'alcool.

**M. White:** Je vous remercie.

**Le président:** On pourrait peut-être poser une question. Dans le plan d'enquête que vous avez décrit ici, à la page 3, là où vous comparez les divers degrés de préoccupation du public à l'égard de certaines questions, je pense que ce qui m'intrigue c'est la question de savoir si l'on a demandé aux gens de parler de ce qui les préoccupait le plus ou si on leur a présenté un tas de domaines et qu'on leur a demandé si tel ou tel d'entre eux les préoccupait. Cela fait une assez grande différence. À mon avis, cela aurait pour effet de biaiser sensiblement les résultats de l'enquête.

Si, par exemple, ce que nous avons devant nous, c'est-à-dire les neuf questions que vous avez présentées;



[Text]

issues, five of them are drug issues, whereas the others are widely diverse issues, and it has obviously omitted many other issues of concern. What I am getting at is if you do a study where you say what are the national issues that are of concern in Canada today, you will get some that you have not even mentioned here high up on the list.

**Dr. Goodstadt:** Right.

**The Chairman:** So I am concerned about the validity of this, because it is obviously slanted toward the drug issue. As soon as they see a whole bunch of drug-related questions it is obvious that is what it is planned for.

**Dr. Goodstadt:** Well there is more data, as I indicated. There are other questions. In line with the sort of data you get from all the Gallup polls, for example, that have been conducted, I looked back to the early 1940s and at one point unemployment and the economy and those kinds of things always come up very, very high. They did ask Environics; we asked about that in the present time.

In answer to your question, yes, people are more concerned about other issues than they are about drugs. It is not the most important issue in a person's life. But for discussions here today, when I try to sort of put it in perspective, if you are talking about drug issues, how concerned are people about drug issues. . . So initially going in and asking people what is the single most important issue facing your province today, 24% say unemployment. You might be more interested in this data than the data I have already given you. And 6% say the economy, and so on. And down the list, at about 3%—it depends on which group we are talking about, as students are more concerned about this—is drug and alcohol abuse. That is top-of-the-head stuff, an open-ended question where you ask them about the one issue.

[Translation]

mais, sur ces neuf questions, cinq concernent la drogue, alors que les autres touchent à des domaines qui n'ont aucun rapport les uns avec les autres, alors que beaucoup d'autres sujets de préoccupation n'y figurent pas du tout. Ce que je cherche à dire, c'est que, si vous effectuez une enquête sur les questions qui préoccupent le plus, à l'heure actuelle, la population du Canada, vous obtiendrez des réponses qui feront ressortir la très grande importance de certains sujets dont vous n'avez pas fait état ici.

**Dr Goodstadt:** En effet.

**Le président:** Donc, je m'interroge sur la validité des résultats obtenus ici, car il est bien évident que l'enquête a été fortement orientée vers la drogue. Dès que le répondant se trouve devant un tas de questions touchant la drogue, il est clair pour lui que c'est sur quoi porte l'enquête.

**Dr Goodstadt:** Eh bien, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, il existe d'autres données. Il y a également d'autres questions. À l'instar des données que procure tout sondage d'opinion, j'ai consulté les renseignements remontant jusqu'au début des années 1940 et, à une certaine époque, les sujets qui suscitent la plus forte préoccupation des répondants étaient le chômage, la situation économique et les questions de cet ordre-là. Mais nous avons également posé des questions sur l'environnement.

En réponse à votre question, je dois dire que, oui, les gens s'intéressent à d'autres questions plus qu'ils ne s'intéressent à la drogue. Pour la plupart des gens, cette question ne revêt pas une importance vitale. Mais, en ce qui nous concerne aujourd'hui, puisque j'essaie de déceler les divers points de vue, si vous évoquez la question de la drogue et de la préoccupation qu'elle suscite dans l'esprit des gens. . . Donc, si l'on aborde les gens et qu'on leur demande quelle est actuellement, dans leur province, la question qui revêt à leurs yeux la plus grande importance, 24 p. 100 répondent que c'est le chômage. Peut-être que ces renseignements-là vous seraient plus intéressants que les renseignements que je vous ai déjà transmis. Six p. 100 disent que c'est l'économie et ainsi de suite. Vers le bas de la liste, ce qui correspond à peu près à 3 p. 100 des répondants. . . cela dépend du groupe en cause, étant donné que les étudiants montrent plus d'intérêt que les autres pour ce sujet. . . on trouve la drogue et le recours abusif à l'alcool. Il s'agit là de réponses tout à fait spontanées où vous leur posez une question non directive sur ce qui revêt pour eux le plus d'importance.

• 1635

Having done that, then they went into asking specifically about these nine issues: are you very concerned, somewhat concerned, or not very concerned with. . .? And then this issue. And the next question, are you concerned, etc., about this issue? And it certainly is the case that you have more drug questions than you have non-drug questions. It could be, without experiments, we are sort of manipulating this, that putting in fewer or

Après avoir fait cela, ils passèrent alors aux questions touchant ces neuf domaines précis: cela vous inquiète-t-il, un peu, pas beaucoup. . .? Et puis alors, cette question-là. Puis la question suivante, cela vous préoccupe-t-il, etc? Le questionnaire comporte en effet plus de questions touchant la drogue que d'autres domaines. Il est possible, sans que nous ayons opéré de vérification sur ce point, que il y ait un certain effet de manipulation et qu'en

[Texte]

more drug questions you would have got somewhat different perceptions.

Even given that, I think it is still instructive to see how even the drug questions came out. It is not something which this particular committee would perhaps be concerned with, but in this province, for example, we have had, as you know, two years of debate over beer and wine in the grocery stores. That was sort of an election promise and it was a very hot issue. The data shows that, for whatever reason, only 33% of the respondents are concerned about this. It is at the bottom of the list. But in contrast to that, they are more concerned about smoking. In contrast to that, they are more concerned about marijuana, hashish. And in contrast to that, they are most concerned about drinking and driving.

People might have at some point thought that the rising cost of health care was a major issue. Maybe before the doctors' strike in Ontario it was more of an issue than at the present time. And the reasons for this particular response and this data we are not able to determine at this point; it would be speculation.

**The Chairman:** Do any of our staff have any questions? Mr. Rosenbaum.

**Mr. Rosenbaum:** You are the Addiction Research Foundation's expert on school-based prevention programs. This committee has heard conflicting testimony about the efficacy of such programs. I wonder if you could offer an opinion.

**Dr. Goodstadt:** Am I going to be Solomon at this then? If I put on my hat as a scientist, as a researcher, then I have consistently, as have other people who reviewed the literature quite extensively, concluded there is very little evidence, first of all, which we can use to answer that question.

At the present time there might be several hundred studies which have been undertaken, which have looked at the effectiveness of drug education in the schools. What typically happens, though, is if you look at these studies in more detail and start winnowing them out, based upon their experimental design and their validity and those kinds of things, you land up in one case with quite a famous and noted review. At this point I think 127 studies came up, with nine studies which had sort of elements of a study which you could put some confidence in. It is not surprising that from those nine studies they were not able to come up with anything that was consistently conclusive.

[Traduction]

inscrivant moins de questions ou plus de questions sur la drogue on aurait recueilli des perceptions un peu différentes.

Même si cela est vrai, je pense quand même qu'il est intéressant de voir les résultats tirés des réponses portant sur la drogue. Il ne s'agit peut-être pas-là d'une question qui regarde ce Comité, mais dans la province, par exemple, et comme vous le savez, cela fait deux ans que l'on discute de la question de savoir s'il convient de laisser les épiceries vendre de la bière et du vin. Cela a fait l'objet d'une promesse électorale et a fait l'objet d'une très âpre controverse. L'enquête permet de constater, pour que, pour quelque raison que ce soit, seulement 33 p. 100 des répondants se préoccupent de cela. Cette question est au bas de la liste des préoccupations. Mais, à l'inverse, les répondants se préoccupent beaucoup plus des questions touchant le tabac. Ils se sont encore plus préoccupés par la marijuana et le hashish. Mais ce qui les préoccupe le plus c'est la conduite en état d'ébriété.

On aurait pu croire à une certaine époque que l'augmentation des frais médicaux constituait un des principaux objets de préoccupations. Peut-être la question revêtait-elle plus d'importance avant que les médecins de l'Ontario ne se mettent en grève. Nous ne sommes pas à l'heure actuelle en mesure d'expliquer le pourquoi des réponses prodiguées des données recueillies et ce serait de la spéculation pure que d'essayer de le faire.

**Le président:** Certains de nos adjoints ont-ils des questions? Monsieur Rosenbaum.

**M. Rosenbaum:** Vous êtes, à la fondation de recherche sur la toxicomanie, l'expert en matière de programmes de prévention dans les écoles. Les témoignages recueillis par le Comité ne concordent pas tous sur la question de l'efficacité de programmes de ce genre. Auriez-vous l'obligeance de nous dire quelle est votre opinion sur ce point?

**Dr Goodstadt:** Vous voulez donc que je joue au roi Salomon? En tant que homme de sciences, en tant que chercheur, j'ai toujours eu l'impression, comme l'ont eu d'autres personnes qui se sont livrées à un examen approfondi de tout ce qu'on a écrit sur cette question, qu'on ne possède très peu d'éléments permettant de répondre utilement à votre question.

A l'heure actuelle, il existe des centaines d'études portant sur l'efficacité des efforts visant à sensibiliser les élèves et les étudiants quant au danger de la drogue. Ce qu'il arrive en général, si vous examinez ces recherches de plus près et que vous commencez à effectuer un tri d'après la conception de l'enquête, d'après sa validité ou d'après ce genre de critère, vous obtenez simplement, dans certains cas, un superbe travail d'analyses. En l'occurrence, je crois qu'il s'agissait de 127 études, dont neuf comptaient des éléments de recherche sur lesquels vous pouviez vous fonder. Il n'est donc pas surprenant que l'examen de ces neuf études n'ait pas permis d'arriver à des conclusions probantes.



## [Text]

So one problem is that there is not a lot of research on which to base one's results. And even if you had 127 studies, which were scientifically good studies, you are then going to be looking at apples and oranges. You are going to be looking at different types of programs. You are going to be looking at programs which are directed at the senior high school kids as opposed to junior high school kids and so on. So it is very difficult to draw conclusions.

In addition to that, a lot of people are getting very excited about the new generation of drug education programs, the life skills types of programs, the ones which go beyond just saying no, which Don earlier referred to. And as he pointed out, you have to be more sophisticated than that, because if that is all you are going to say, why have we not licked this problem a long time ago? So there are more sophisticated programs which are teaching refusal skills, coping skills, communication skills and so on. But even within those programs... I mean, we are very excited about those programs. I personally think they are a step forward. They are more sophisticated psychologically. They are more sophisticated pedagogically. There is more effort. They are more intensive—20 classes in some of these experimental programs. But even within those studies, where the results are not uniformly persuasive, sometimes you still get kids, after a program, reporting more drug use than before a program, for some sub-groups.

Even if you take the smoking studies on which a lot of this is based, the smoking studies coming out of Houston and Evans's studies and so on, which were based upon trying to increase peoples' ability to say no, refusal skills, or whatever they want to call it... Even the reviews of smoking studies—and quite an extensive review was done for NIDA in the United States—by people who really take the role of being hard-nosed researchers, they are really encouraging but they clearly indicate that we do not have the answer, even for smoking. I think smoking is a very different issue, in terms of where we are at in society, from alcohol and other drugs.

• 1640

My conclusion is that if I am going to put my money anywhere, I would encourage these newer types of programs. Multi-component programs make research very

## [Translation]

Un des problèmes provient du fait qu'on ne dispose pas d'assez d'éléments permettant d'évaluer les résultats de nos propres travaux. Même si vous disposiez de 127 études valables du point de vue scientifique, vous ne pourriez guère faire autrement que de comparer les choses qui ne sont guère comparables. Vous aurez affaire à des programmes de types différents, vous aurez affaire à des programmes qui s'adressent aux élèves des classes supérieures du secondaire, d'autres aux élèves petites classes du secondaire et ainsi de suite. Il est donc extrêmement difficile de tirer des conclusions.

De plus, beaucoup de gens sont très enthousiasmés par une nouvelle génération de programmes de sensibilisation aux problèmes de la drogue, tels que les programmes de dynamique de la vie, les programmes dont Don a parlé tout à l'heure et qui ne se bornent pas à vous apprendre comment refuser. Comme il l'a dit, il faut faire preuve de plus de finesse que cela car s'il suffisait de dire non, comment se fait-il que nous n'ayons pas réussi à régler le problème depuis longtemps? Il existe donc des programmes plus élaborés qui permettent d'apprendre aux gens comment dire non, comment faire face à divers problèmes de la vie quotidienne, comment communiquer et ainsi de suite. Mais même dans le cadre de ces programmes cadres. Ce que je veux dire, c'est que ces programmes nous enthousiasment beaucoup. Personnellement, je pense qu'ils constituent un progrès. Du plan du point de vue psychologique, ils ont beaucoup plus de finesse. Ils ont également beaucoup plus de finesse sur le plan pédagogique. Il y a plus d'efforts. Ils sont plus intensifs—20 séances sont prévues dans certains des programmes expérimentaux. Mais même dans ces études, avec des résultats qui ne sont pas toujours probants, il arrive parfois qu'à la fin du programme certains enfants font état d'une plus grande consommation de drogue qu'avant le début du programme. Cela est vrai pour certains sous-groupes.

Si vous prenez les études portant sur ceux qui fument qui sont à la base de bon nombre de nos hypothèses, les études menées à Houston sur ceux qui fument ainsi que les études menées par Evan's et par d'autres et qui cherchaient les moyens d'augmenter, chez les gens, la capacité de refus, c'est-à-dire la liberté de dire non enfin peu importe le nom qu'on lui donne... Même si l'on prend l'exemple des analyses portant sur l'étude des personnes qui fument—et une analyse assez poussée des résultats a été faite pour le compte du NIDA aux Etats-Unis—par des personnes qui prennent très au sérieux leur rôle de chercheurs objectifs, les résultats sont très encourageants mais indiquent clairement qu'on ne peut conclure même en ce qui concerne le tabac. Je pense que le tabac se situe, par rapport à l'alcool et aux autres drogues, sur un plan tout à fait différent quant à ce qu'on peut en apprendre du point de vue sociologique.

Ma réponse est que si je devais opter pour l'une ou l'autre des approches envisagées, j'encouragerais ces programmes de types nouveaux. Les programmes à



**[Texte]**

difficult. It is almost impossible in a multi-component program to sort out what is having effects. I think we should use the sophisticated type of program, do the things we know should be done so it is an intensive enough program, to use the sort of reinforcements we know are necessary so the kids outside of the classroom are exposed to another world, and get their peers, the families and the community on board to reinforce what you are trying to do in the classroom itself. I think in doing that you are going to be more effective than in the past, but I do not think there is any way, except as a sort of article of faith—that is my opinion. People can say that we have effective programs and that is it. We do not.

**Mr. Rosenbaum:** If there is inconclusive evidence about the efficacy of these programs, and added to this the fact that only a minority of students in Ontario have received these programs in any case, to what would you attribute the recent and perhaps unprecedented decline in drug use among adolescents and among high school student in Ontario? As a follow-up to that, what are the policy implications of this spontaneous reduction?

**Dr. Goodstadt:** This is a \$64,000 question. I think it was very clear to us after our results came out that everyone wanted to take credit—and rightly so. I mean we want to, if not justify, at least get some reinforcement, some positive stroking for what we have done. Therefore, various program people were claiming that it was a result of what they had done.

From our survey, we were obviously not able to determine what one thing, or even several things were important in terms of the across-the-board decline in drug use, which was unique. I mean, this had not occurred before 1985. It had been occurring in the United States and has been occurring since 1985. In the most recent 1986 data from Michigan, a national survey of the grade 12 kids, with which you might be familiar, there was a decline.

My own interpretation is not based on the data. It is that it is really the result of this sort of collectivity of everything that has been going on, and that includes a number of things. It would include a general greater concern and awareness about health, a greater personal responsibility in relation to health, an apparent increase in conservatism among students in high schools and universities, especially in high schools at the present time. I think this probably is a result of the greater awareness and prominence given to alcohol and other drug problems by the media. The print and electronic media have an enormous amount of material in there.

**[Traduction]**

composantes multiples rendent les recherches très difficiles. Dans un programme à composantes multiples, il est presque impossible de relier les causes aux effets. Je pense que nous devrions recourir aux programmes de types plus élaborés, de faire ce qui doit être fait afin que le programme soit suffisamment intensif, recourir au renforcement nécessaire aux enfants qui, en-dehors des classes, sont exposés à d'autres réalités et obtenir que leurs camarades, leurs familles et la communauté, participent au renforcement que vous essayez d'appliquer en classe. Je pense qu'en faisant cela, on obtiendrait de meilleurs résultats que dans le passé, mais je ne pense pas qu'il y ait de panacée; c'est un acte de foi; c'est du moins mon opinion. Les gens pourront dire que nous disposons de programmes efficaces et que cela en est un exemple. Je ne suis pas de cet avis.

**M. Rosenbaum:** Existe-t-il des indices, même s'ils ne sont pas totalement probants, de l'efficacité de ces programmes, et si l'on tient compte du fait qu'en Ontario seulement un minorité des étudiants ont bénéficié de ces programmes, à quoi attribuer la baisse récente et peut-être sans précédent de la consommation de drogue parmi les jeunes et parmi les étudiants du secondaire en Ontario? J'aimerais tout de suite après vous demander quelles peuvent être les répercussions, au niveau de la détermination des politiques, de cette baisse spontanée?

**Dr. Goodstadt:** C'est justement là la question. Dès que les résultats ont été publiés nous nous sommes aperçus que tout le monde voulait s'en attribuer le mérite—et à juste titre. Ce que je veux dire c'est que sans chercher à se justifier on aime être récompensés de nos efforts, et se sentir un peu flattés. Certains responsables des programmes ont donc prétendu que les résultats obtenus étaient dus à leurs efforts.

Notre enquête ne nous a pas permis de cerner la chose, ou les quelques choses, auxquelles on pourrait attribuer la baisse certaine de la consommation de drogue. C'est-à-dire que cela ne s'était pas produit avant 1985. On constate le phénomène, aux États-Unis, depuis 1985. Dans les données les plus récentes, portant sur la situation au Michigan en 1986, une enquête nationale portant sur les élèves de 12e, dont vous avez peut-être pris connaissance, permet de constater une baisse.

Ma propre interprétation n'est pas fondée sur les données. Ce serait qu'en fait le résultat est dû à ce type de phénomène collectif qui regroupe l'ensemble des choses qui se sont produites et qui comprend donc plusieurs éléments. Citons, en premier lieu, une plus grande préoccupation générale à l'égard de la santé, une plus grande sensibilisation et un plus grand sentiment de responsabilité personnelle vis-à-vis de la santé, une hausse apparente du conservatisme parmi les étudiants de l'enseignement secondaire et des universités, et surtout, à l'heure actuelle, dans les écoles secondaires. Je pense que cela est probablement dû à une meilleure compréhension des problèmes liés à l'alcool et aux autres drogues et à l'attention que leur a consacrée les médias. La presse

[Text]

It probably is led by certain things such as drinking and driving. I think the greater attention given to that and the sort of community type of action that has gone on probably also reinforces it—the PAD groups, the PRIDE groups, the MADD and the SADD groups around this province and across North America. All these things I think reinforce each other in producing this kind of effect.

I do not think I can go beyond that. I mean, it would be nice to identify what one or two things have been effective. It is the same sort of problem as that faced by smoking researchers. They have tried over the years now. We have seen a significant decline in smoking in North America and other developed countries in the last 25 years, and highly sophisticated attempts have been made to identify what is it that has been significant in that regard. People have not been able to identify that one thing.

There are some leading things, such as the Surgeon General's report or the report of the physicians and so on in the United Kingdom, the general build-up and the greater concern about health, and the development of policy initiatives at the local level regarding public smoking.

• 1645

There were also many little bits of legislation having to do with airlines, the increased attention in the media and some of the public education that has gone on. Some very significant points, I think, probably did occur, such as the two of them in relation to smoking. I would anticipate this kind of thing might occur; we might work toward this kind of thing in relation to alcohol and other drugs.

These two points in relation to smoking were in Canada at the point in time when more than 50% were non-smokers in Canada. The non-smokers, the Canadian Cancer Society, the interagency councils on smoking and health and so on were able to come out with a slogan. The Canadian Council on Smoking and Health I think was the leader here. They came out with the slogan "Join the majority, be a non-smoker". This is a very glib sort of motto or little dictum. But it does identify, first of all, what the social norm is around smoking. It also helps to reinforce the attitude or behaviour of people who perhaps wanted not to smoke or who were non-smokers. This strengthened things there.

The second important point—and this goes to a research point—is that in terms of smoking, and public smoking particularly, when we were able to say to a

[Translation]

écrite et la télévision ont charrié une masse énorme d'informations sur ce sujet.

L'exemple a probablement été donné par la question de l'ivresse au volant. Je pense que le surcroît d'attention accordée à cette question et les efforts communautaires engagés sur ce point constituent également autant de moyen de renforcement. On pourrait évoquer, à cet égard, diverses organisations telles que PAD, PRIDE, MADD, et SADD dans la province et à travers l'ensemble de l'Amérique du Nord. Je pense que tout cela se renforce réciproquement et contribue à un effet d'ensemble.

Je ne pense pas pouvoir aller beaucoup plus loin que cela. Il serait très satisfaisant, bien sûr, de parvenir à identifier un ou deux éléments qui se sont révélés d'une efficacité particulière. Il s'agit du même type de problème que l'on a trouvé dans les travaux de recherche portant sur le tabac. Ça fait des années qu'ils poursuivent leurs efforts. On peut constater une baisse sensible de la consommation de tabac en Amérique du Nord ainsi que dans d'autres pays développés au cours des 25 dernières années, et l'on a essayé, par des efforts très poussés, d'identifier les principaux facteurs dans ce phénomène. Il n'a cependant pas été possible d'en cerner l'élément central.

Il y a des facteurs importants tels que le rapport du médecin général des Etats-Unis, ou les rapports de certains médecins ou de certaines associations au Royaume-Uni, cette tendance générale et une préoccupation accrue en matière de santé, ainsi que l'élaboration, au niveau local, de certaines initiatives à l'égard de ceux qui fument dans des lieux publics.

Il y a également eu tout un ensemble de petites mesures législatives visant les avions, l'attention croissante des médias ainsi que certains efforts de sensibilisation du public. Je pense qu'il y a probablement eu certains éléments efficaces tels que les deux dont on a parlé à l'égard du tabac. Je pense que ce genre d'initiative pourrait se multiplier et nous pourrions peut-être utiliser les mêmes moyens à l'égard de l'alcool et des autres drogues.

Les deux éléments touchant les fumeurs remontent à l'époque où plus de la moitié des Canadiens ne fumaient pas. Ceux qui ne fumaient pas, la Société canadienne du cancer, les conseils inter-organismes sur le tabac et la santé, se sont réunis pour trouver un slogan. A cet égard, je pense que le Conseil canadien sur le tabagisme et la santé a été le chef de file. Ils ont trouvé un slogan «ralliez-vous à la majorité, ne fumez pas». C'est un slogan, si vous voulez un peu facile, mais ça permet de cerner la norme sociale en vigueur. Ça permet également de renforcer l'attitude ou le comportement des gens qui ne veulent pas fumer ou qui ne fument effectivement pas. Cela a permis de conforter leur situation.

Le second point important—et cela touche à la recherche—c'est que, s'agissant du tabac et, plus particulièrement, des personnes qui fument dans des lieux



[Texte]

smoker that his smoking affects others and their health, then it becomes not only a matter of convenience but also a matter of health. I think this has had important implications for the sorts of things you could then do. One example of this is the public smoking by-laws.

In relation to alcohol, prescription drugs, and illegal drugs, I think we are still at a stage where we are holding our breath to see what the 1987 data show. We have the data somewhere at York University on the kids' reported use as of 1987. We are holding our breath to see whether they in fact are going to continue to go down or what is going to happen. Then we can explore the sorts of things that are responsible for the change. It is a general trend change. I think this is important too. Johnston's research in the United States shows the same change. Even before our change, he was showing the same change.

**Mr. Rosenbaum:** Thank you.

**The Chairman:** On behalf of the committee, Dr. Goodstadt, I thank you for your testimony this afternoon. You have obviously provoked a lot of questions and discussion on the subject of research. We appreciate your presence with us.

**Dr. Goodstadt:** Thank you.

**The Chairman:** Now, last but obviously not least, I believe we have Mr. Schankula waiting to appear here before us. You have been here all day, Mr. Schankula. We appreciated the hospitality you have shown the committee in helping to make arrangements for lunch and a tour of the building following lunch. So we look forward now to your presentation to wind up our session this afternoon. I believe you have given us a significant brief as well. You may wish to summarize it or to highlight it.

**Mr. Henry J. Schankula (Addiction Research Foundation (Provincial Strategies)):** Thank you, Mr. Chairman. I will indeed summarize it. I know the day is moving on. I am pleased actually to be at this particular position in time so that hopefully I can encapsulate some of the comments, thoughts, and information that has been provided to you today.

I am pleased to address two areas of thought. First, I would like to take a brief look at the Addiction Research Foundation to summarize our particular day here today. I would also like to take a look at some of the overall concepts of prevention. The foundation has done a considerable amount of work in this particular area. This is an area of work to which I have dedicated my complete career. I continue to be fascinated by the expertise and the relevance of the work this particular organization has in this field.

[Traduction]

publics, nous avons été en mesure de dire au fumeur que sa fumée affectait les autres, affectait leur santé et que ce n'était pas juste une question de goût mais une question de santé. Je pense que cela a été très important en ce qui concerne les mesures qui pouvaient alors être prises. Les ordonnances touchant la cigarette dans les lieux publics en est un exemple.

En ce qui concerne l'alcool, les médicaments sous ordonnance et les drogues illégales, je pense que nous en sommes encore à retenir notre souffle en attente des résultats de 1987. Nous avons, quelque part à l'Université de York, les données relatives à la consommation des jeunes en 1987. Nous retenons notre souffle car nous ne savons pas si les chiffres vont continuer à baisser ou si une autre tendance va se manifester. Nous pourrions alors nous pencher sur les divers éléments qui ont pu provoquer ce changement. Il y a une modification de la tendance générale. Je pense que cela aussi est important. Les recherches menées par Johnston, aux États-Unis, font ressortir ce même changement. Même avant que ce changement ne se manifeste chez nous, il en faisait état.

**M. Rosenbaum:** Je vous remercie.

**Le président:** Au nom du Comité, docteur Goodstadt, je vous remercie d'être venu témoigner ici cet après-midi. Vos remarques ont, de toute évidence, suscité de nombreuses questions et une large discussion sur la recherche. Nous vous remercions de votre présence ici.

**Dr Goodstadt:** Je vous remercie.

**Le président:** Maintenant, il s'agit d'entendre notre dernier témoin qui n'est, bien sûr, pas le moindre. Je pense savoir que M. Schankula attend son tour. Monsieur Schankula, vous êtes ici depuis le début de la journée. Nous vous remercions de l'hospitalité que vous avez accordée au Comité en l'aidant à organiser le déjeuner et la visite de l'immeuble qui a eu lieu ensuite. Nous attendons donc avec plaisir votre exposé qui sera le dernier de notre séance d'aujourd'hui. Je pense que vous nous avez également transmis un mémoire éloquent. Peut-être voudrez-vous nous le résumer ou nous en souligner certains points saillants.

**M. Henry J. Schankula (Fondation de la recherche sur la toxicomanie (Stratégies provinciales)):** Monsieur le président, je vous remercie. Je vais effectivement en faire un résumé. Je sais que le temps passe. En fait, ça me fait plaisir d'être ici aujourd'hui car j'espère pouvoir retenir certains des commentaires, des réflexions et des renseignements que l'on vous a fournis aujourd'hui.

J'aimerais aborder deux domaines. D'abord, j'aimerais jeter un rapide coup d'oeil sur la Fondation de la recherche sur la toxicomanie afin de résumer ce qui a été dit en son nom ici. J'aimerais également examiner certains des concepts généraux de la prévention. La fondation a fait un travail considérable dans ce domaine. Il s'agit d'un domaine auquel j'ai consacré toute ma carrière. Je continue d'être passionné par l'expertise et la pertinence des efforts que cet organisme a consacrés à ce domaine.



## [Text]

I also would like to talk about a drug prevention planning matrix. I think Dr. Goodstadt just briefly mentioned that matrixes are an important way of looking at approaches in this particular field. Over the years I have tried to identify some of the questions you are trying to identify now. What kinds of strategies are effective? If we look at a public health approach to it and the target of the intervention, the drug, the user, and the environment seem to be the three characteristics.

• 1650

There are at least eight strategies; and I want to talk about those in a brief way. Certainly there has been a significant change in this field over the past three decades since the phenomena of drug use, over and above the concerns of alcohol use, have emerged. A considerable number of problems have developed in the area of increasing use. However, over the richness and the fullness of time we know we have seen the emergence of positive results.

The Addiction Research Foundation really enjoys an international reputation, especially in the areas of research and prevention, education, community development and service delivery, and the training of professionals and others. The ultimate goal, the end goal for everyone and every organization in this field, is the encouragement of the adoption and acceptance of a healthy lifestyle by people in this country. On the one hand, we can do nothing with no intervention, and we can enact health advocacy by constructive coercion. I think as a government agency in this particular field the Addiction Research Foundation primarily functions in the middle area. We provide health information, we do health education, and we certainly do health promotion. Health information achieves change by chance, health education by informed decision, and health promotion by design.

### Alcohol and other drug use results in problems. The more we use, the more problems we have. The Addiction Research Foundation has contributed significantly to the research base. We plan to continue with this work, but frankly, we need your encouragement and assistance.

There are really four prongs to the development of a solution in this particular area. Law enforcement is part of it. The development of appropriate social policies is another part. Clinical intervention is necessary, and

## [Translation]

J'aimerais également parler de la matrice de planification des mesures de prévention vis-à-vis de la drogue. Je pense que le Dr. Goodstadt vient de dire rapidement que les matrices revêtent une certaine importance comme moyen d'examiner les diverses approches possibles en ce domaine. Depuis des années, j'essaie d'identifier certaines des questions que vous vous êtes posés aujourd'hui. Quelles sont les stratégies efficaces? Si nous envisageons la question du point de vue de l'hygiène publique et de l'objet de l'intervention, les trois éléments en cause semblent être la drogue, celui qui la consomme, et le milieu où se propage le phénomène.

Il existe au moins huit stratégies; et je voudrais en parler brièvement. Les choses ont, certainement, changé de façon sensible dans ce domaine au cours des 30 dernières années, depuis l'apparition du phénomène de l'usage des drogues qui est venu s'ajouter aux préoccupations suscitées par l'usage de l'alcool. Leur usage de plus en plus répandu a créé un nombre considérable de problèmes. Cependant, à la longue, nous avons été témoins de résultats positifs.

La Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie jouit vraiment d'une réputation internationale, en particulier dans le domaine de la recherche et de la prévention, de l'éducation, du développement communautaire et de la prestation de services, ainsi que dans celui de la formation de professionnels et autres. Dans ce domaine, le but ultime de chacun, comme de chaque organisation, est d'encourager les habitants de ce pays à adopter et accepter un mode de vie simple. D'un côté, nous pouvons nous contenter de ne rien faire et de ne pas intervenir, mais nous pouvons également promouvoir la santé en exerçant des mesures de coercition constructives. En tant qu'organisme gouvernemental dans ce domaine particulier, le fonctionnement de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie se situe surtout à mi-chemin de ces deux approches. Nous fournissons des renseignements sur le plan de la santé, nous avons un programme d'éducation sanitaire, et nous nous consacrons certainement à la promotion de la santé. Les changements obtenus grâce à l'information sont le fruit du hasard, ceux qui le sont grâce à l'éducation sanitaire sont les résultats d'une décision bien pesée, et ceux qui sont dus à la promotion de la santé, sont le fruit d'un calcul.

La consommation d'alcool et d'autres drogues crée des problèmes. Plus nous nous en servons, plus nous avons de problèmes. L'apport de la Fondation au fonds de recherche est important. Nous avons l'intention de poursuivre dans cette voie, mais franchement, nous avons besoin de vos encouragements et de votre aide.

L'élaboration d'une solution dans ce domaine fait appel à quatre éléments. L'application de la loi en est un. L'élaboration de politiques sociales appropriées, une autre. L'intervention clinique est nécessaire, et,

[Texte]

certainly education is. All this emerges really from a strong research base.

I want to talk briefly about some practical strategies to prevent drug abuse. Each strategy is really insignificant by itself to effect change completely. But working together, they are powerful. These strategies come from work of the Addiction Research Foundation, and they are all so very pragmatic. As I said before, and other people have said today repeatedly that they work, but not with each and every person. A multi-strategic approach is required.

Several years ago, for another government, another country. . . they were asking the same kinds of questions, and I developed a paper looking at this particular area. I think it was aptly entitled at that time—which still applies—“The Search for the Magic Bullet”. There is no magic bullet in this particular area, just a tremendous amount of effort and hard work.

But there are some strategies. One of them is the provision of information and knowledge. Really, people need to know about drugs. They need to know the effects of drugs and the consequences of use. They need to know information so that rational decisions can be made about their particular use. They need to know why people use drugs. Why do they use drugs? They need to know what treatment is available. They need to know what laws we have enacted for ourselves. You cannot begin any programming, in my estimation, without an information and knowledge base.

• 1655

Another strategy that we have identified, and it has been discussed here today, is the whole area of what I would call clarification, decision-making skills, holistic education, and that area involving values, beliefs. They need to be identified and enhanced. These are programs in the school and in the community that address coping skills, that address tactics for refusal, that address issues of influences of the media—how to in fact live appropriately within our particular community.

Another important strategy that other people use on us, especially the industry, is persuasion, and I advocate the strategy of persuasion. I think it is appropriate if it is done within the accepted norms in our society. I think we have learned that scare tactics, for example, are probably only effective in the short term. And when you see the kinds of material that appear before us on television in the evening, with wars and global conflicts and disasters and what have you—how can anything be more real than what we see on television?

[Traduction]

indiscutablement l'éducation. Tout ceci repose sur un solide fonds de recherche.

Je voudrais maintenant parler brièvement de certaines stratégies pratiques destinées à empêcher l'abus des drogues. Individuellement, aucune d'elles n'est capable de retourner complètement la situation, mais ensemble, elles ont un puissant effet. Ces stratégies sont inspirées par les travaux de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, et elles sont toutes extrêmement pragmatiques. Comme je l'ai déjà dit, et comme l'ont répété d'autres personnes, elles donnent des résultats, mais pas pour tout le monde. Ce qu'il faut donc, c'est une approche multistratégique.

Il y a plusieurs années, c'était pour un autre gouvernement, un autre pays. . . on a posé le même genre de questions, et j'ai rédigé une communication sur la question. Le titre que je lui avais alors donné me paraît avoir conservé toute sa pertinence—*The search for the Magic Bullet*. Dans le domaine qui nous intéresse, il n'y a pas de potion magique, mais tout simplement, énormément d'efforts et de travail.

Il existe cependant des stratégies. L'une d'elles consiste à informer et instruire des gens. Il est vraiment indispensable que les gens apprennent ce que sont les drogues. Ils ont besoin d'en connaître les effets et les conséquences. Ils ont besoin d'être renseignés de manière à pouvoir prendre des décisions rationnelles lorsqu'ils s'en servent. Ils ont besoin de savoir pourquoi les gens utilisent des drogues. Pourquoi ils en utilisent eux-mêmes. Ils ont besoin de savoir qu'il existe des traitements. Ils ont besoin de connaître les lois que nous avons promulguées pour notre défense. A mon avis, il est impossible de leur préparer un programme sans une base suffisante de données et de connaissances.

Cette stratégie que nous avons déterminée, et dont on a déjà discuté aujourd'hui, est celle qui a trait au domaine général de ce que j'appellerais l'apport de précisions, les compétences en matière de prise de décisions, l'éducation holistique, et tout ce qui touche aux valeurs, aux croyances. Ce sont là des points qui ont besoin d'être précisés et mis en valeur. Il s'agit de programmes dans les écoles et dans la collectivité qui ont pour objet d'apprendre aux gens à faire face à leurs problèmes, de présenter des tactiques de refus, de discuter de l'influence des médias—en fait, comment vivre comme il faut dans la collectivité à laquelle nous appartenons.

Il est une autre stratégie importante que les autres, en particulier l'industrie, utilisent à notre égard; c'est celle de la persuasion, et je la recommande. Je crois qu'elle est acceptable si elle respecte les normes reconnues de notre société. Je crois que nous avons appris que la tactique de la peur, par exemple, n'est probablement efficace qu'à court terme. Quand on voit ce qu'on nous présente, le soir, à la télévision, toutes ces guerres et conflits globaux, tous ces désastres, et j'en passe—existe-t-il quelque chose qui ait plus de réalité que ce que nous voyons sur nos écrans?



## [Text]

How can we in fact influence young people in terms of the consequences of drug use through some sort of major fear or anxiety program? We are so sensitized to disaster and fear and calamity today that we have to operate at a different level. I think it is appropriate to persuade individuals to a value and health, and the avoidance of drug use. We know clearly that the information, however, must be accurate and it must come from credible sources.

Another extremely important strategy is the development of self-esteem and worth. We know that individuals with high self-esteem tend not to use drugs. So obviously one of the things we should do is build self-worth, to develop programs that enable people to have pride in themselves. We know that those who have positive views of themselves tend not to act in ways that require drugs in which to function. If they have a positive view of themselves, then this seems to perpetuate further success.

Another important strategy is separation. Separate drug use from other activities. Separate drug use from activities that involve judgment or psycho-motor skills. I guess the best example in this particular area is drinking or driving. What we are saying, basically, is do not drink and do not drive. Separate those two activities.

I think you have already had the dilemma in that particular area, because it does not address alcohol or drug use specifically. It just separates those activities. But in the separation of those activities at least it is one leg up on the problem, and it has the potential of reducing the tremendous consequences of misadventure in relation to the use of alcohol and drugs and psycho-motor skills.

When I talk about psycho-motor skills, I am not just talking about activities that involve heavy machinery or drinking and driving. What I am talking about also is skills that involve thinking and judgment and studying on the part of young people, making decisions, etc. In our society, with growing technology, we are going to require young people who are alert, who have all the capabilities that they can muster in order to cope in the future with just normal day-to-day living.

Another important strategy is the strategy of delay. If we could delay drug use among our children until they were more mature, the consequences of this delay I think would be really profound. This delay could operate at a personal level. It could operate at a community level and a societal level. Delay means, for example, not being able to drink until a certain age. The law itself is a communication. Saying that we cannot drink until the age of 19 means perhaps that many young people do not start until 16 or 17. If we say that drinking is allowable at 18 or 17 or 16 as in some states in the past, then drinking starts

## [Translation]

Comment influencer les jeunes pour leur faire comprendre les conséquences de l'usage de drogues en utilisant un grand programme fondé sur la peur ou l'anxiété? Nous sommes si accoutumés, aujourd'hui, aux catastrophes, à la peur et aux calamités que c'est à un niveau différent qu'il nous faut agir. Je crois qu'il convient de persuader les gens à attacher de l'importance à leur santé, et à éviter les drogues. Nous savons cependant bien que l'information doit être exacte et émaner de sources crédibles.

Il y a une autre stratégie extrêmement importante; celle du développement de l'estime de soi et de la confiance en soi. Nous savons que les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes ont tendance à ne pas utiliser de drogues. Une des choses que nous devrions donc manifestement faire, c'est de renforcer la confiance en soi chez les gens, et d'élaborer des programmes qui leur permettent d'être fiers d'eux-mêmes. Nous savons que ceux qui ont une opinion positive de leur personne tendent à ne pas se comporter d'une manière qui exige le stimulus de drogues. Le fait d'avoir confiance en soi semble être un gage de succès.

La stratégie de séparation a aussi son importance, c'est-à-dire la séparation des drogues d'avec d'autres activités. Séparer leur utilisation d'activités qui demande du jugement ou des capacités psychomotrices. Je crois que le meilleur exemple est celui du choix entre boire ou conduire. Notre message est clair: ne buvez pas, ou alors, ne conduisez pas. Séparer complètement ces deux activités.

Je crois que vous avez déjà connu le dilemme dans ce domaine, car il ne s'agit pas de s'attaquer spécifiquement à l'usage de boissons alcoolisées ou de drogues, mais simplement de séparer ces deux activités. Cette séparation est au moins le début de la solution du problème, et elle offre la possibilité de réduire les terribles conséquences des mésaventures causées par l'usage de l'alcool et des drogues et leurs effets sur les facultés psychomotrices.

Lorsque je parle de ces facultés, je ne parle pas simplement de conduire de grosses machines ou de conduire après avoir bu. Je parle également, c'est le fait, pour les jeunes, d'être capable de penser, de porter un jugement, d'étudier, de prendre des décisions, etc. Dans notre société où la technologie prend de plus en plus d'importance, nous aurons besoin de jeunes à l'esprit vif, dans toutes les capacités dont ils disposent seront sollicités pour faire face à l'avenir à la simple vie quotidienne.

Une autre stratégie importante: celle du retardement. Si nous pouvions retarder l'usage des drogues chez nos enfants jusqu'à ce qu'ils aient acquis une plus grande maturité, les conséquences se feraient sentir très profondément, à mon avis. Cet effet de retardement pourrait jouer à l'échelon personnel. Il pourrait également jouer à l'échelon de la collectivité et de la société. Il signifierait, par exemple, de ne pas pouvoir boire avant d'avoir atteint un certain âge. En elle-même, la loi est une forme de communication. Dire que nous ne pouvons pas boire avant l'âge de 19 ans signifie peut-être



*[Texte]*

at an early age. If I go to a particular event in the evening and I delay my onset of drinking until 9 p.m. or 10 p.m., I will not drink as much, I will have more control over my environment, and chances are that if I make a decision about driving home, for example, it will be much more rational and based upon experience.

*[Traduction]*

que beaucoup de jeunes ne commenceront pas à le faire avant 16 ou 17 ans. Si nous disons que l'on peut boire à 18, 17 ou 16 ans, comme c'était le cas, autrefois, dans certains Etats, les jeunes commenceront à boire encore plus tôt. Si je dois sortir le soir et si j'attends 21 heures ou 22 heures avant de boire, je ne consommerai pas autant d'alcool, j'exercerai un meilleur contrôle sur mon environnement, et il y a des chances que si je décide, ou non de rentrer chez moi au volant, par exemple, cette décision sera beaucoup plus rationnelle et fondée sur mon expérience.

• 1700

If we can delay the onset of drug use, the consequences of later drug use if a person does get involved are less, and the other important factor is that more mature thinking can prevail and more of life's experiences can prevail when you are mature in terms of making an appropriate decision.

Control of availability of drugs: this is an important prevention tactic and strategy. There is no question that the relationship between availability, whether in terms of logistic availability, whether there is an outlet on every corner, whether the product is inexpensive, whether the product is sold ready for consumption. . . It was not until a few years ago that I realized that in many situations our products are sold for immediate consumption. Our beer is sold cold. If it was sold warm, there would be a couple of tactics implied. It would be not ready for immediate consumption.

The whole issue of availability and control in terms of logistics, price, and what have you is clearly an important strategy, which we cannot overlook. Extremely important considerations in terms of the use of the product are whether we make drugs difficult to obtain through price or through availability, as in Ontario in grocery stores.

Substitution of drug use with another activity: this is where community groups, the service clubs and volunteer groups can participate actively in a drug abuse prevention program without it even appearing to be a drug abuse prevention program. If there are adequate substitution activities within a particular community or which parents can generate with their children or which a school can generate which will substitute meaningful experiences for drug use, then this is an appropriate prevention strategy.

The substitution activity should be a meaningful one. It should be one which, if possible, gives an individual the same high in terms of experience as the drug use would, gives him the same colleagueship and the same rewards. This does not necessarily have to be riding a surfboard or hang-gliding. It can be something that is intellectual or that involves games or other types of substitute areas. I

Si nous pouvons retarder le début de l'usage des drogues, les conséquences pour ceux qui y auront recours plus tard, seront moindres, sans compter que le fait d'avoir plus de maturité et une plus grande expérience de la vie peut vous amener à prendre la décision appropriée.

Parlons maintenant du contrôle de l'accès aux drogues: il s'agit là d'une tactique et d'une stratégie de prévention importante. Il est indiscutable que le rapport entre la facilité d'accès, que ce soit sur le plan logistique, est qu'il existe un fournisseur à chaque coin de rue, que le produit soit bon marché, et qu'il soit prêt à la consommation. . . Il y a quelques années seulement que je me suis rendu compte que dans bien des cas, nos produits sont vendus en vue de leur consommation immédiate. Notre bière est vendue froide. Si elle était vendue tiède, une ou deux tactiques entreraient en jeu. Elle ne serait pas prête à une consommation immédiate.

Toute la question de la disponibilité et du contrôle, sur le plan de la logistique, du prix, et de tout le reste, constitue manifestement une stratégie importante que nous ne pouvons négliger. Des considérations extrêmement importantes entrent en jeu en ce qui concerne l'utilisation du produit: faut-il que nous rendions les drogues difficile à obtenir en jouant sur les prix ou sur la facilité d'accès, comme dans les épiceries en Ontario?

La substitution d'une autre activité à l'usage des drogues: c'est ici que les groupes communautaires, les clubs civiques et les groupes de bénévoles peuvent participer activement à un Programme de prévention de l'abus des drogues, sans même que ce programme donne l'impression d'être ce qu'il est. S'il existe des activités de substitution satisfaisantes au sein d'une collectivité ou si les parents ou l'école peuvent en créer en permettant aux enfants de vivre des expériences fructueuses au lieu d'utiliser des drogues, la stratégie de prévention est valable.

L'activité de substitution doit avoir un sens. Dans la mesure du possible, elle doit créer chez l'individu le même sentiment d'exaltation que celui que lui fournirait une drogue, lui donner le même sens d'appartenance et les mêmes satisfactions. Pour cela, il n'est pas nécessaire de faire de l'aquaplane ou du delta-plane. Cela peut, tout aussi bien, être une activité intellectuelle ou la

[Text]

think this is an extremely important area and an extremely important prevention category.

Those are in very brief summary form the kinds of things we can do. I know the written brief contains much more information in this particular area. I will be pleased to respond to any questions.

**Mr. White:** I really do not have any questions, but just wish to thank you for the presentation.

**The Chairman:** Mr. Grondin.

• 1705

**Mr. Grondin:** One of the main problems is to interest the youth in some activities. When I was young we had to shovel if we wanted to play hockey. Now we do not have to shovel; they play inside an arena, and we have problems finding youth to play hockey. It is quite the same for any sport or cultural activity. What do you say about that?

**Mr. Schankula:** I think the problems when you and I were young were quite different. We could play with orange crates and things like that. The level of sophistication in terms of these substitute activities is at a much higher and different level now. But I believe they exist.

Young people get bored quickly. They in many ways have more intellectual experiences than we had as young people. They have a command over technology that we did not have. In a sense it is a detriment to them, because they get bored quickly. They can master a lot of these skills very rapidly. There are advantages to them that are profound, so this represents a challenge to them to develop new interests that are rewarding and challenging as a substitute for drug use.

It is also a challenge to adults to reinforce the kinds of developments that represent continuing challenges. I think they are there. It is a matter of involving young people more in community planning and the development of these facilities. It is a challenge for groups like service clubs to heighten the kinds of activities available at the local level.

**The Chairman:** Because of your long association with the foundation and the breadth of your experience, I am wondering whether you have any advice for us with respect to the national drug strategy. Are there some specific areas regarding the federal role in that strategy that you feel we should take close note of?

**Mr. Schankula:** I can comment on some of the observations made to me over the last several months while gathering information from some 200 Ontario community groups for the national drug strategy.

It is clear that there are a number of centres of excellence in Canada that address certain issues. There are

[Translation]

participation à des jeux ou d'autres types d'activités de substitution. Je crois qu'il s'agit là d'un domaine et d'une catégorie de prévention extrêmement importants.

Voilà, en quelques mots, le genre de choses que nous pouvons faire. Je sais que notre mémoire écrite contient beaucoup plus de renseignements dans ce domaine. Je serais très heureux de répondre à vos questions.

**M. White:** Je n'ai pas vraiment de questions à poser et tiens tout simplement à vous remercier de votre exposé.

**Le président:** Monsieur Grondin.

**M. Grondin:** Une des principales difficultés est d'intéresser les jeunes à participer à des activités. Dans ma jeunesse, nous étions obligés d'enlever la neige à la pelle lorsque nous voulions jouer au hockey. Maintenant, ce n'est plus nécessaire; les jeunes jouent dans une aréna, et nous avons du mal à en trouver pour jouer au hockey. C'est à peu près la même chose pour n'importe quel sport ou activité culturelle. Quel est votre avis là-dessus?

**M. Schankula:** Je crois que les problèmes étaient différents, lorsque nous étions jeunes. Cela nous suffisait de jouer avec des caisses d'orange et autres bricoles du même genre. Aujourd'hui, le degré de sophistication de ces activités de substitution est beaucoup plus élevé et se situe sur un plan différent. Mais je crois qu'elles existent.

Les jeunes s'ennuient très vite. A bien des égards, ils vivent plus d'expériences intellectuelles que nous n'en avons eues, à leur âge. Ils ont une maîtrise de la technologie qui n'existait pas dans notre temps. En un sens, cela leur nuit, car l'ennui les gagne très vite. Ils ont aussi d'importants avantages si bien qu'il leur est difficile de se créer de nouveaux domaines d'intérêt qui soient aussi satisfaisants et stimulants que la drogue.

Il est tout aussi difficile pour les adultes de trouver des moyens de créer des défis continus pour les jeunes. Je crois qu'ils existent. Il s'agit de les faire plus participer à la planification communautaire et à l'élaboration d'installations de ce genre. Le défi que des groupes tels que les clubs civiques ont à relever consiste à faire des activités existant sur le plan local un plus grand stimulus pour les jeunes.

**Le président:** Etant donné votre longue appartenance à la Fondation et la richesse de votre expérience, je me demande si vous auriez des conseils à nous donner en ce qui concerne la stratégie nationale de lutte contre les drogues. Existe-t-il des domaines précis du rôle fédéral dans cette stratégie qu'à votre avis, nous devrions examiner de près?

**M. Schankula:** Je peux vous faire part de certaines des observations qui m'ont été faites ces derniers mois pendant que je rassemblais des données auprès de quelque 200 groupes communautaires ontariens pour la stratégie nationale de lutte contre la drogue.

Il est manifeste qu'un certain nombre de centres d'excellence au Canada s'attaquent à certains problèmes. Il



## [Texte]

a number of excellent centres of activity within the Addiction Research Foundation. These centres of excellence exist in other provinces as well. There is a requirement for the establishment of a federation of centres of excellence in this area. We have a number of excellent programs in this country. Full implementation of some of these existing programs needs to be done across the nation. Going along with these centres of excellence, some really terrific concepts and developments have taken place that have only been able to penetrate a particular region.

• 1710

We have discussed earlier, for example, our own telephone response system, which addresses central Canada, or Ontario, and covers one-third the population of Canada. We front-loaded a service such as that with a lot of developmental costs and expertise, and this can be expanded across Canada with minimal effort, although with some dollars attached to it.

There is also a clear need for national planning opportunities and information exchange. This was a cry from a number of community groups, and along with that is the development of a clearing house operation for the exchange of information. Now, several of us participate on national planning groups with the federal government in various areas and we have an opportunity to meet our colleagues from other provinces and territories, which is excellent.

Some programs, such as Dialogue on Drinking, Stay Real to a lesser extent, and more recently the Driving While Impaired Program, are examples of nationally planned programs where the federal government and the provinces act as partners to bring a collective thought and force together and hammer out an effective strategy across this nation. Those kinds of planning opportunities and information exchanges are extremely important, would involve minimal cost, and would diffuse the kind of information that now exists in pockets throughout this country.

Don Smyth briefly addressed that in his call for a moratorium, which is a slightly more vigorous action than I would recommend. However, I would definitely cry out for a national planning thrust which is vigorous and ongoing in future generations, and not just for a one-year or two-year program.

I am on the board of the dissolved Canadian Addictions Foundation. Therefore, I think there is also a role for non-governmental organizations in this particular field. I am sorry to see that a group such as the Canadian Addictions Foundation, which was designed to unite non-

## [Traduction]

existe un certain nombre d'excellents centres d'activité au sein de la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie. Ces centres d'excellence existent également dans d'autres provinces. La création d'une fédération de centres d'excellence s'impose dans ce domaine. Nous avons bon nombre d'excellents programmes dans notre pays. Il importe que certains de ces programmes soient pleinement mis en oeuvre dans tout le pays. Avec ces centres d'excellence, il existe également un certain nombre de concepts et de réalisations remarquables dont les effets n'ont pu se faire sentir que dans une région déterminée.

Nous avons déjà parlé tout à l'heure, par exemple, de notre propre système d'interventions téléphoniques, qui couvre le centre du Canada, ou l'Ontario, c'est-à-dire un tiers de la population du pays. Nous avons consacré au développement d'un tel service beaucoup d'argent et de connaissances spécialisées, ce qui fait qu'on peut maintenant l'étendre à l'ensemble du Canada avec un minimum d'effort, encore que cela ne sera pas gratuit.

D'autre part, il existe un besoin manifeste de possibilités de planification et d'échanges de l'information à l'échelon national. C'est ce que se sont tués à nous dire bon nombre de groupes communautaires qui réclamaient également la création d'un centre de diffusion et d'échanges de l'information. Plusieurs d'entre nous participent maintenant à des groupes de planification nationaux avec le gouvernement fédéral, dans divers domaines et nous avons ainsi l'occasion de rencontrer nos collègues d'autres provinces et territoires, ce qui est excellent.

Certains programmes tels que «Dialogue sur l'Alcool, Vivre Moi-Même», à un degré moindre, et plus récemment le Programme de lutte contre la conduite en état d'ébriété, sont des exemples de programmes planifiés à la grandeur de la nation dans lesquels le gouvernement fédéral et les provinces s'associent pour mettre en commun leurs idées et leurs forces et élaborer une stratégie efficace dans l'ensemble de cette nation. Ces genres de possibilités de planification et d'échanges d'information sont extrêmement importantes; elles coûtent d'ailleurs très peu d'argent et permettraient de diffuser ce genre d'information existant maintenant dans quelques endroits localisés dissimulés dans tout le pays.

Don Smith a brièvement abordé la question lorsqu'il réclamait un moratoire, mesure légèrement plus vigoureuse que ce que je recommanderais moi-même. Cependant, je serais certainement le premier à réclamer à cor et à cri un vigoureux effort de planification nationale qui serait repris par les générations futures et ne se contenterait pas d'être un programme d'un ou deux ans.

J'appartiens au conseil d'administration de la défunte Fondation de recherche sur la toxicomanie. J'estime donc que les organisations non gouvernementales ont également un rôle à jouer dans ce domaine. Je regrette de voir qu'un groupe tel que la Fondation canadienne de recherche sur



## [Text]

governmental organizations and individuals across Canada, has ended and I hope that it can be restimulated.

Many of us work in governmental settings, but a lot of our colleagues work in non-governmental settings, so there is a need for co-ordination, collaboration, and planning with them as well. I also feel that there is a development of new programs required where gaps exist, such as in the area of media. Only a few provinces and certainly the national government can address broad-range media programs.

Media programs in themselves reinforce programs that exist within a particular community. They are necessary to build the climate, to set agendas and to make people aware of certain issues. The global nature of television, radio, and the news media in sponsorship programs and in news programming is the essential background we need in order to appropriately put into place community and individual programming.

My final comment is in the area of training. The costs of training at a national level are insignificant in relation to potential outcomes so that the structuring and development of training opportunities is an area the federal government can easily participate in. There are packages available throughout this country. Don Meeks has given you an excellent overview of the kinds of programs the Addiction Research Foundation is involved in. You have seen programs in Nova Scotia. You are aware of programs in other provinces, Alberta and Manitoba. The list goes on. There are areas of expertise which need to be united.

• 1715

I see a federation of centres of excellence and I see it functioning as a national resource. Speaking provincially, I guess I also see a role for the Addiction Research Foundation in this particular area, a continuance of its role at the national and international level, as well as our primary mandate, which obviously is provincial.

**The Chairman:** Mr. Schankula, on behalf of the committee, thank you very much for your personal presentation today, as well as for the help you have given us in organizing this event at your ARF.

**Mr. Schankula:** Thank you very much.

**The Chairman:** It is our pleasure. We thank you and will look forward to further hearings tomorrow.

This meeting stand adjourned until 9 a.m. tomorrow.

## [Translation]

l'alcoolisme et la toxicomanie, conçu pour unir organismes non gouvernementaux et particuliers de tout le Canada, à disparaître et j'espère qu'il sera possible de la ranimer.

Beaucoup d'entre nous travaillent dans un contexte gouvernemental, mais beaucoup de nos collègues travaillent dans le secteur non gouvernemental et il est donc nécessaire de les associer eux aussi à un effort de coordination, de collaboration et de planification. J'estime également que de nouveaux programmes s'imposent pour combler certaines lacunes, notamment dans le domaine des médias. A part le gouvernement fédéral et quelques provinces, personne n'est capable de s'attaquer à de grands programmes dans les médias.

En eux-mêmes, ces programmes renforcent ce qui existe dans une collectivité particulière. Ils sont nécessaires pour créer un climat, établir des calendriers de travail et pour sensibiliser les gens à certains problèmes. Le caractère global de la télévision et de la radio et des médias d'actualité dans le parrainage de programmes et la programmation des nouvelles est le contexte indispensable dont nous avons besoin pour mettre correctement en place des programmes communautaires et individuels.

Pour terminer, je parlerai de la formation. Les cours de formation à l'échelle nationale sont insignifiants lorsqu'on les compare aux résultats possibles. L'organisation et l'élaboration de possibilités de fonctionnement sont donc un domaine dans lequel le gouvernement fédéral peut aisément jouer un rôle. Il existe des programmes dans tout le pays. Don Meeks vous a donné un excellent aperçu du genre de programmes auxquels notre fondation participe. Vous avez vu des programmes en Nouvelle-Écosse. Vous savez qu'il en existe dans d'autres provinces comme l'Alberta et le Manitoba. La liste s'allonge. Dans certains domaines, il serait indispensable d'assurer une union des compétences spécialisées.

Je vois très bien une fédération des centres d'excellence qui fonctionnerait comme ressource nationale. Sur le plan provincial, je verrais également bien un rôle à jouer pour la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, qui serait une prolongation de son rôle au plan national et international, qui serait d'ailleurs notre mandat principal, et manifestement provincial.

**Le président:** Monsieur Schankula, au nom du Comité, je vous remercie vivement de votre exposé, ainsi que de l'aide que vous nous avez apportée pour organiser cette réunion dans votre FRT.

**M. Schankula:** Merci beaucoup.

**Le président:** Tout le plaisir est pour nous. Merci encore; nous reprendrons avec plaisir les audiences, demain.

La séance est levée; elle reprendra demain matin, à 9 heures.





*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Canadian Government Publishing Centre,  
Supply and Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Centre d'édition du gouvernement du Canada,  
Approvisionnement et Services Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0S9

#### WITNESSES

*From the Addiction Research Foundation:*

Dr. Joan Marshman, Director;  
William Becks, Treatment Services Consultant,  
Community Services Division;  
Garth Martin, Head, Sociobehavioural Treatment  
Services;  
Bruce Cunningham, Employee Assistance Program;  
Dr. Donald Meeks, Training;  
Dr. Michael Goodstadt, Head, Education Research  
Foundation;  
Henry Schankula, Director, Education Resources  
Division.

*From the Council on Drug Abuse:*

Fred Burford, President;  
Michael Harrison, Executive Vice-President.

*From the Ottawa Board of Education:*

Don Smyth, Drug and Alcohol Abuse Consultant.

#### TÉMOINS

*De l'Addiction Research Foundation:*

D<sup>r</sup> Joan Marshman, directrice;  
William Becks, conseiller en matière de traitement,  
Division des services communautaires;  
Garth Martin, chef, *Sociobehavioural Treatment  
Services*;  
Bruce Cunningham, Programme d'aide aux employés;  
D<sup>r</sup> Donald Meeks, Formation;  
D<sup>r</sup> Michael Goodstadt, chef, *Education Research  
Foundation*;  
Henry Schankula, directeur, Division des ressources  
pédagogiques;

*Du Council on Drug Abuse:*

Fred Burford, président;  
Michael Harrison, vice-président exécutif.

*Du Conseil scolaire d'Ottawa:*

Don Smyth, conseiller en matière d'usage abusif  
d'alcool et de stupéfiants.













JUL 19 1989



